PROF.DR. MARIA-NICOLETA TURLIUC

PSIHOPEDAGOGIA COMPORTAMENTULUI DEVIANT

CUPRINS

I. UNITATEA ŞI DIVERSITATEA FENOMENULUI DEVIANŢEI
1. Devianţa: concept şi fenomen
2. Criterii de definire a devianţei
3. "Devianţa" şi conceptele apropiate ei
4. Funcţiile devianţei
5. Clasificarea tipurilor de devianţă

II.TEORII EXPLICATIVE ALE COMPORTAMENULUI DEVIANT
1. Corelaţii între diferite tipuri de conduite deviante
2. Niveluri de interpretare a comportamentului deviant
3. Teoriile cauzale
4. Teoriile cauzale comprehensive
5. Teoriile non-cauzale

III. ACTELE DEVIANTE SPECIFICE
1. Conduitele deviante de simulare
2. Conduite de evaziune şi demisie la şcolari
3. Toxicomanii şi consumul de droguri
4. Sinuciderea, ca formă specifică a conduitei auto-distructive
5. Prevenţia actelor deviante şi resocializarea delincvenţilor

BIBLIOGRAFIE

OBIECTIVELE CURSULUI

- Înţelegerea etiologiei şi caracteristicilor psihologice, psihopedagogice şi psihosociale ale comportamentului deviant şi obţinerea unei imagini cât mai coerente asupra fenomenului deviant.
- Cunoaşterea tipurilor, funcţiilor şi problemelor corelate fenomenului devianţei.
- Înţelegerea nivelelor explicative ale comportamentului deviant, a contribuţiilor/limitelor proprii fiecărei teorii şi posibilitatea analizei comparative a acestora.
- Însuşirea informaţiilor privitoare la particularităţile comportamentului simulat, ale conduitei evazioniste şi de demisie ale şcolarilor, ale consumului de droguri şi comportamentului suicidar.
- Precizarea măsurilor psihopedagogice prin care se poate asigura profilaxia eficientă a comportamentului deviant.

EVALUAREA

- Criteriile evaluării sunt gradul de înţelegere al informaţiilor şi capacitatea de a le aplica în situaţii concrete.
- Formele de evaluare sunt: **a.** *examenul scris* din materia cursului, subiectele fiind formulate după modelul temelor şi activităţilor inserate la sfârşitul fiecărui capitol, reprezentând 75% din nota finală şi **b.** *temele de evaluare* predate la întâlnirea tutorială, reprezentând restul de 25% din notă.

I. UNITATEA ŞI DIVERSITATEA FENOMENULUI DEVIANŢEI

I.1. DEVIANŢA: CONCEPT ŞI FENOMEN

Majoritatea oamenilor dispun, cel mai adesea, de mijloacele psihologice (cognitiv-afective) şi de condiţiile sociale necesare unei bune adaptări la mediul socio-cultural. De asemenea, majoritatea indivizilor se conformează normelor societăţii în cea mai mare parte a timpului. Acest lucru se datorează atât normalităţii lor psihologice şi procesului de socializare prin care au trecut, cât şi structurilor controlului social. Ce se întâmplă însă cu oamenii care nu se conformează? Ce le determină comportamentul? Cum ar trebui să reacţioneze societatea faţă de ei şi cum poate fi realizată activitatea de prevenţie, intervenţie sau recuperare a devianţilor?

A fi indisciplinat la şcoală, a-ţi minţi părinţii, a arunca intenţionat mâncarea sub masă sau sub canapea la o petrecere, a vorbi în timpul unui concert simfonic, a fi obscen, a sparge un magazin pentru a fura, a-ţi agresa copilul, a comite un viol sau a ucide persoana iubită de care te-ai despărţit, sunt toate abateri de conduita normală. Dar, nu toate au aceeaşi gravitate. Unele acte deviante sunt supuse reprobării sociale, în timp ce altele sunt sancţionate penal. De aceea, actele deviante extrem de variate nu se bucură de aceeaşi atenţie din partea cercetătorilor domeniului.

Conceptul de "devianţă" a fost propus de către Thorsten Sellin - timp de mulţi ani preşedinte al Societăţii Internaţionale de Criminologie - în lucrarea sa "*Conflictul cultural şi crima*", publicată pentru prima dată în 1938. Deşi a apărut în cadrul eforturilor de definire a obiectului criminologiei, conceptul a fost dezvoltat, cu precădere, în literatura sociologică. Din acest motiv, perspectiva sociologică nu poate fi ignorată în cadrul abordării psihologice şi psihopedagogice actuale. Treptat, termenul a cunoscut o extraordinară evoluţie semantică, el devenind obiect de studiu şi pentru jurişti, psihiatrii, psihologi, pedagogi etc.

Din punct de vedere *sociologic*, devianţa se referă la orice încălcare sau abatere de la normele scrise sau nescrise ale unei colectivităţi, care ameninţă echilibrul sistemului şi dă naştere unei sancţiuni (de la simpla negare a normei, lipsă a lealităţii, simulare sau ofensă adusă unor persoane şi până la furt, trădare, sinucidere, crimă etc.; de la handicapul fizic şi boala psihică, la atitudinile nonconformiste sau rebele). Sub raport *judiciar*, devianţa priveşte violarea normelor legale, cu alte cuvinte, comportamentul antisocial (infracţional sau delincvenţial). Interpretată *psihopatologic şi medico-legal*, devianţa se referă la tulburările de comportament ale persoanelor cu înclinaţii patologice şi ale diferitelor categorii de bolnavi psihic (la comportamentul aberant specific bolilor psihice). *Psihologii sociali* definesc devianţa prin divergenţele de opinie apărute într-un grup social, care produc ruperea consensului şi a coeziunii grupale, dând naştere opoziţiei minoritar(i)-majoritate. *Psihologic*, definim devianţa drept o abatere variabilă, mai mult sau mai puţin evidentă, de la normalitatea psihică şi valorico-normativă, adesea etichetată şi sancţionată.

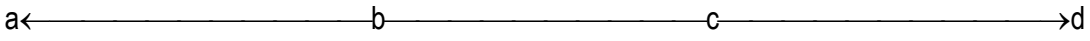
Din perspectiva acestor domenii, câteva dintre caracteristicile de bază ale *conceptului de deviantă* sunt *ambiguitatea, complexitatea şi extensia* lui extraordinară.

Ambiguitatea noţiunii este justificată de mai multe constatări. Ea rezultă din faptul că, deşi termenul priveşte un fenomen cu largi rezonanţe şi implicaţii, în toate domeniile de studiu în care este revendicat, "el capătă o interpretare specifică, înţelesul general al termenului rămânând acelaşi" (V. Dragomirescu, 1976, p.32).

Într-una din cele mai cuprinzătoare şi mai transparente definiţii ale conceptului, devianţa apare ca "ansamblul conduitelor şi stărilor pe care membrii unui grup le judecă drept ne-conforme cu aşteptările, normele sau valorile lor şi care, în consecinţă, riscă să trezească din partea lor reprobare şi sancţiuni" (Maurice Cusson, 1997, p.440). Nici această definiţie nu este însă total lipsită de ambiguitate sau atotcuprinzătoare. Pe de o parte, comportamentul deviant apare ca fiind "rău văzut" şi sancţionat de majoritatea membrilor unui grup. Pe de alta, nu toate manifestările deviante ale personalităţii au un efect dezorganizator asupra relaţiilor acesteia sau asupra funcţionării societale.

De asemenea, Albert Ogien (2002) sesizează unele dualităţi care contribuie la ambiguitatea noţiunii. Devianţa face referire la două fenomene distincte: la *încălcarea unei prescripţii* prin care individul se pune sau este pus într-o situaţie de marginalitate, ca atunci când nu se respectă un articol de lege sau normele de politeţe şi la *ne-aplicarea unei reguli de conceptualizare* ce scoate individul în afara raţionalităţii instituite şi acceptate social deoarece, el nu mai inspiră încredere, apare ca iraţional, nebun sau inuman.

Complexitatea şi extensia extraordinară a noţiunii pot fi evidenţiate prin analiza universului devianţei cu ajutorul unei axe pe care sunt plasate patru mari categorii de devianţi, ale căror acte variază de la cele mai puţin, la cele mai mult voluntare (cf. Maurice Cusson, 1997):



a. *Bolnavii mintal şi persoanele cu handicapuri fizice* ale căror tulburări au drept cauză factorii biologici ereditari sau care apar dintr-o leziune organică ulterioară, se află în afara acţiunii voluntare.
b. *Indivizii cu tulburări de comportament* sunt persoanele în cazul cărora caracterul voluntar al actului nu este nici clar acceptat, nici exclus. Alcoolicii şi toxicomanii, spre exemplu, acţionează în mod voluntar în primele faze ale evoluţiei lor, dar după instalarea dependenţei, ei încetează de a mai fi complet liberi, acţionând mai mult automatic. Nevrozele, psihopatiile sau tulburările de caracter fac parte din aceeaşi categorie, deoarece este greu de stabilit un raport sigur între compulsie şi capacitatea de autodeterminare a conduitei.
c. *Transgresorii* sunt devianţii care încalcă în mod conştient, voluntar o normă a cărei valabilitate o acceptă. Ei acţionează din interes, oportunism sau sub imperiul pulsiunilor. Majoritatea delincvenţilor violează norme a căror legitimitate o recunosc şi admit. De asemenea, sinucigaşii sunt conştienţi de încălcarea normei care interzice (auto)suprimarea vieţii.
d. *Devianţii subculturali* sunt atât nonconformiştii despre care a vorbit R. Merton, cât şi minorităţile active despre care vorbeşte S. Moscovici. Este vorba de indivizii sau grupurile de indivizi care neagă normele şi valorile dominante în grupurile sau societăţile de apartenenţă, oferind şi alternative ale acestora. Artiştii nonconformişti, disidenţii, membrii sectelor religioase, teroriştii aparţin acestei categorii.

Dacă sociologii studiază în cadrul domeniului devianţei, cu predilecţie, ultimele trei categorii de devianţă, psihologia şi psihopedagogia comportamentului deviant abordează toate categoriile mai sus menţionate, de la cele asociale (bolile psihice), la cele antisociale (infracţiunile sau delictele; de la cele întotdeauna sancţionate de lege, de la cele "imorale", incompatibile cu "codurile" culturale ale grupului sau societăţii (indecenţa, obscenitatea, perversiunea) şi până la actele excentrice sau bizare (de exemplu, adoptarea unei ţinute insolite, a limbajului verbal sau nonverbal nonconformist etc.). Datorită spaţiului pe care îl avem la dispoziţie, indivizii cu tulburări de comportament şi transgresorii vor constitui categoriile tratate cu prioritate.

A C T I V I T A T E

Plasaţi pe axa prezentată mai sus următoarele comportamente deviante: sinuciderea, furtul minor (datorat privaţiunilor materiale), omuciderea sadică, frauda produsă de un funcţionar bancar, crimele mafiote ale "Cosei Nostra". Argumentaţi răspunsul dumneavoastră.

Fenomenul devianţei posedă, la rândul său, unele caracteristici de bază precum: universalitatea, variabilitatea şi relativitatea sa.

Universalitatea devianţei rezidă în faptul că ea a existat şi există în toate societăţile, din moment ce toate comunităţile au cunoscut conduite blamate şi sancţionate. Este imposibil ca toţi indivizii să-şi interiorizeze şi să împărtăşească cu aceeaşi intensitate sentimentele de solidaritate socială, normele şi valorile grupale. De aceea, judecăţile generatoare de devianţă au apărut şi vor apărea în toate societăţile şi în toate epocile istorice.

Constatând permanenţa formelor grave, criminale ale conduitei deviante în societăţile umane, E. Durkheim aprecia: "crima este normală, fiindcă o societate în care ar lipsi este cu totul imposibilă" (apud A. Ogien, 2002, p.24); crima nu este o boală socială, deşi poate avea forme anormale. Marele sociolog considera că, dacă nu există nimic morbid în crimă, pedeapsa nu poate avea drept scop vindecarea ei, ci menţinerea regularităţii conduitelor observabile.

Conduitele universal condamnate sunt următoarele (A. Cohen, 1966, p. 35; N. Goodman, 1998, p. 142; M. Cusson, 1997, p.444):

1.*omorul voluntar* al unui membru al grupului de apartenenţă;

2. *incestul* dintre mamă şi fiu, tată şi fiică, frate şi soră;

3. *violul;*

4. *furtul*.

În societăţile occidentale sau de tip occidental, aceste acţiuni sunt astăzi prohibite prin coduri legale formale, care prescriu şi pedepse pentru cei ce le comit. Există însă şi numeroase discuţii cu privire la ceea ce este drept şi nedrept, bine şi rău, acceptabil şi inacceptabil (de exemplu, controversele legate de pedeapsa capitală), încât se poate ajunge la impresia că totul este relativ.

Variabilitatea fenomenului devianţei este aceea care a generat complexitatea şi extensia noţiunii, iar cunoaşterea şi semnificaţiile simbolice cu care operăm rămân în permanenţă în urma realităţii. În acelaşi timp, faptul că normele şi valorile care "prilejuiesc" transgresările sunt extrem de numeroase explică şi diversitatea conduitei deviante. Unele tipuri ale devianţei rezultă din încălcarea normelor morale, altele din încălcarea nomelor de politeţe, a normelor instituţionale sau organizaţionale, iar altele din încălcarea normelor juridice. Deşi graniţa dintre ceea ce este permis şi interzis, normal şi

anormal este destul de vagă, plasarea undeva în jurul liniei de demarcaţie nu este evaluată la fel ca şi încălcările ei flagrante. Devianţa lejeră nu trebuie sancţionată la fel ca şi formele sale grave.

Sociologii şi istoricii afirmă că *formele devianţei corespund nivelului general de dezvoltare al unei societăţi*; ele s-au multiplicat în decursul dezvoltării structurii sociale. Formele tot mai numeroase şi rata în creştere a criminalităţii contemporane sunt în rezultatul unor factori precum:

- procesului modernizării, industrializării, urbanizării şi globalizării, care caracterizează apariţia şi dezvoltarea statelor moderne şi evoluţia lor actuală;
- deplasările mari de populaţie şi părăsirea ambianţei tradiţionale;
- schimbarea compoziţiei etnice a populaţiei;
- consumul de alcool şi stupefiante;
- creşterea ponderii timpului liber neorganizat;
- libertinajului moral promovat prin orice mijloc (educaţional, mass-media).

Relativitatea devianţei rezidă în puţin cel puţin cinci aspecte:

1. *Un comportament poate să apară într-un context normativ ca deviant, iar în altul nu*. Schimbarea unora dintre normele şi valorile unei colectivităţi face ca la un moment dat ceea ce a fost sancţionat să devină acceptat sau invers. De exemplu, drogurile au fost bine tolerate în alte perioade, deşi se află astăzi în afara legii. Arabii au tolerat consumul de haşiş timp de secole, iar creştinismul nu prohibeşte consumul de alcool, decât atunci când este excesiv. El este însă total interzis în cultura islamică. Un alt exemplu ar putea fi un jaf armat, temeinic planificat şi organizat de membrii unei bande, ce apare ca deviant prin raportare la normele morale şi juridice ale majorităţii. El le apare însă devianţilor ca firească din punctul de vedere al regulilor de cooperare specifice bandei, reguli recunoscute, de altfel, şi de majoritatea membrilor societăţii.
2. *Un act va fi condamnat dacă este pus într-o anumită situaţie şi nu va fi sancţionat în alta.* Un act nu poate fi judecat separat de situaţia în care s-a produs. Actul sexual dintre un bărbat şi o femeie este absolut firesc atunci când se petrece cu consimţământul celor doi parteneri în intimitatea dormitorului. În public, (într-o sală de cinema sau în parc) acelaşi act apare ca indecent şi este sancţionat legal. La fel, a omorî este o crimă gravă, dar nu şi în cazul soldatului care-şi omoară duşmanul, în timpul războiului.
3. *Pentru a fi etichetat ca deviant şi sancţionat, un act trebuie mai întâi să devină vizibil celorlalţi*. Spre exemplu, numărul manifestărilor ilicite este mult mai mare decât cel al actelor care sunt descoperite şi investigate de poliţie şi justiţie. Prin urmare, există abateri care scapă vigilenţei şi percepţiei publice.
4. *Un act apare ca deviant doar atunci când cei înzestraţi cu puterea de a defini devianţa (în primul rând oamenii politicii şi diversele categorii de specialişti) au un interes să facă acest lucru*. De exemplu, bătăile aplicate copiilor nu au fost catalogate drept conduită deviantă, decât în momentul în care medicii le-au definit ca atare. Specialiştii în medicină implicaţi în proiectele colective de mobilitate au definit sindromul copilului abuzat, pe care-l utilizează pentru a-şi spori prestigiul profesional, aprecia S.J. Pfohl. La sfârşitul anilor ’70, homosexualitatea a încetat fie considerată o afecţiune psihică, psihiatrii preferând definirea ei ca preferinţă sexuală deviantă (de exemplu, în DSM III apare ca o doar ca o “tulburare sexuală”).

5. *Un act va fi socotit sau nu deviant în funcţie de status-rolul autorului său*. Într-o societate în care sinuciderea este dezaprobată, este posibil ca un căpitan care a acceptat să moară în timpul naufragiului vasului său să fie decorat postum.

A C T I V I T A T E

Construiţi trei exemple, pe baza analogiei cu cele prezentate, care să ilustreze relativitatea comportamentului deviant.

I.2. CRITERII DE DEFINIRE A DEVIANŢEI

Comportamentele sociale normale ale membrilor unei societăţi sunt dictate de cultura de apartenenţă, care modelează un "sociotip" (personalitatea de bază), ca element psiho-socio-cultural comun. În urma procesului de socializare, individul manifestă tendinţe de aderare la normele şi valorile grupului, făcând din ele un etalon al propriului comportament. La rândul ei, societatea apreciază indivizii după acest etalon, aşteptând ca ei să se comporte în moduri predictibile, conforme cu modelul cultural-normativ, cu tipurile legitime de acţiune. Capacităţile adaptative ale individului sunt la maximum solicitate uneori în decursul socializării, *cazurile mai puţin adaptative şi eşecurile adaptărilor variate fiind generatoare de devianţă*.

Datorită mobilităţii şi variabilităţii în timp şi în spaţiu a criteriilor de evaluare a conduitei, în orice societate graniţa dintre comportamentele dezirabile şi cel indezirabile este permeabilă. De aceea, definirea devianţei implică utilizarea unor criterii alternative, uneori divergente între ele, dependente de gradele de toleranţă permise, de constrângerile normative ale grupurilor sociale de referinţă.

Cele mai des utilizate criterii de definire a devianţei sunt următoarele:

1. Criteriul statistic. Potrivit acestuia *devianţa apare ca o abatere semnificativă de la media comportamentelor celorlalţi*. Jaques Adolphe Quételet a fost primul care a aplicat curba lui Gauss la distribuţia diferitelor variabile de natură biologică sau psihică, în decursul secolului al XIX-lea. Prin elaborarea noţiunii de "om mediu", Quételet a încercat să evidenţieze caracteristicile generale şi specifice ale normalităţii. *Omul normal este omul mediu*. Acesta reprezintă atât media statistică a comportamentelor celorlalţi, cât şi o normă socială care trebuie realizată de indivizi. Considerând că putem evalua comportamentul individual prin abaterea sa de la medie, Quételet a arătat că normalitatea este un fapt statistic, a cărui intensitate se poate cunoaşte prin măsurarea frecvenţei sale de apariţie la nivelul unor mase mari de oameni.

Normalitatea ca şi devianţa sunt noţiuni care au un sens statistic. *Conduitele normale sunt frecvente, în timp ce, actele deviante sunt rare*. Mai mult, cu cât un act este mai deviant cu atât el este mai rar. Intensitatea devianţei este în raport invers proporţional cu frecvenţa deoarece, este imposibil ca oamenii să condamne cu putere conduitele cu caracter frecvent într-un grup social. Aşezând comportamentul moral al indivizilor pe curba lui Gauss, Wilkins (1964) arăta că la una din extremităţile distribuţiei se află un număr foarte mic de comportamente criminale (puternic condamnabile, perverse), iar la cealaltă se află un număr mic de comportamente extrem de virtuoase, admirabile. La mijloc se situează marea majoritate a conduitelor, cele obişnuite, nici prea bune, nici prea rele. *Devianţa*

comportamentală se aseamănă cu abaterea de la tendinţa centrală a unui grup, cu deosebirea că acţiunile deviante sunt în mod necesar şi dezaprobate.

Calcularea tendinţei centrale, a mediei, medianei sau modulului prezintă avantajul utilizării unui *criteriu obiectiv* (care poate fi stabilit empiric) în definirea devianţei. Dar, definiţiile statistice ale devianţei, ca abatere de la tendinţa centrală, sunt *vulnerabile* deoarece iau ca etalon al normalităţii comportamentul majorităţii. Istoria a dovedit că majoritatea nu are întotdeauna dreptate. Erezia protestantă a fost condamnată de majoritatea catolică din secolul al XVI-lea, ea constituind o formă de devianţă pentru epoca respectivă. Dar în momentul în care un număr tot mare de germani şi englezi se declară protestanţi, protestantismul devine tot mai puţin deviant. Un alt dezavantaj este acela că, orice definiţie statistică a devianţei implică, din punct de vedere metodologic, utilizarea unor scale etalonate de la: foarte puţin, puţin, la mult şi foarte mult (deviant), ceea ce este greu de realizat practic. În plus, ea nu poate fi aplicată decât la cazurile observabile, nu şi la bolnavii psihici ale căror simptome nu sunt suficient de evidente sau care, dintr-un motiv sau altul îşi ascund psihiatrului sau psihoterapeutului unele manifestări.

În general, criteriul statistic se aplică unui număr mare de devianţi, cu excepţia celor care prezintă un comportament patologic ne-prejudiciat. În aceste condiţii, devianţa nu apare ca sinonimă cu anormalitatea.

2. Criteriul normativ. Devianţa apare ca *o conduită ce dezamăgeşte o aşteptare, ce violează o normă socială sau neagă o valoare*. Încorporând expectaţiile membrilor grupului faţă de faţă de modul în care trebuie să se comporte şi să acţioneze indivizii, norma reprezintă şi o expresie a aprobării celorlalţi. Ea reprezintă o prescripţie a acţiunii sau un reper ideal a comportamentului. E. Durkheim considera că normele exercită asupra oricărui individ presiuni sau constrângeri care-l fac să se conformeze obiceiurilor, moravurilor sau regulilor juridice. La fel ca şi Durkheim, M. Sherif a adoptat acelaşi criteriu în definirea devianţei şi a subliniat faptul că ea reprezintă *o etichetă aplicată comportamentului în funcţie de convenienţele sociale*. Deoarece nici o conduită umană nu respectă întru totul regulile acţiunii, norma nu se identifică cu conduita. Dealtfel, *comportamentul (strict) normativ nu este cel mai frecvent şi nici cel mai obişnuit model de conduită dintr-o societate*.

Atunci când aşteptările membrilor grupului nu sunt îndeplinite, când o normă este violată, grupul social îşi manifestă dezaprobarea. Un act deviant este înainte de toate un *act blamat*. El nu ar putea fi astfel în lipsa unei idei clare despre ceea ce este normal sau patologic, drept sau nedrept, bine sau rău. Normele sociale prezintă următoarele funcţii (S.M. Rădulescu, 1998, pp17-18):

- asigură relativa predictibilitate a acţiunii umane şi sociale;
- orientează sociabilitatea umană în sens dezirabil;
- conferă un caracter raţional şi normativ acţiunii (ea trebuie să respecte anumite indicaţii normative pentru a-şi putea atinge scopul);
- asigură legitimitatea, eficienţa şi corectitudinea comportamentului.

Totuşi, *majoritatea aşteptărilor, normelor şi valorilor nu formează blocuri omogene*, uşor de recunoscut. Ele traversează, mai ales în ultimele 3-4 decenii un chinuitor proces de evoluţie. La fel, ele pot varia de un grup la altul, de la o zonă culturală la alta. În aceste condiţii *distincţia dintre devianţă şi nondevianţă riscă să devină şi mai problematică*. Aşadar, criteriul normativ prezintă şi el unele dezavantaje, deoarece nu ţine seama de caracterul variabil, relativ al normelor sociale. De asemenea,

nici o normă socială nu specifică în detaliu graniţele dincolo de care un comportament poate fi considerat *în mod sigur* ca deviant. Astfel, la o petrecere beţia este tolerată şi evaluată ca o conduită relativ acceptabilă, în timp ce la volan ea este aspru sancţionată.

3. Criteriul magnitudinii şi gravităţii actului deviant. Conform acestuia, *sunt considerate deviante numai actele care se abat în mod semnificativ de la aşteptările celorlalţi şi al căror grad de periculozitate solicită intervenţia reprezentanţilor instituţiilor de control social (ai poliţiei, justiţiei sau ai instituţiilor corecţionale).* În acest sens, devianţa este o conduită pe care membrii unei societăţi o consideră atât de periculoasă încât elaborează sancţiuni speciale împotriva ei, mergând până la excludere devianţilor din grupul din care fac parte (de la privarea de libertate, până la pedeapsa capitală aplicată criminalilor în serie).

Nonconformismul vestimentar sau verbal sunt forme "neutre" de devianţă deoarece, ele nu produc reacţii de ostilitate şi de condamnare, la fel ca o crimă sau un viol. Cele mai grave infracţiuni în opinia publicului românesc – arătau Dan Banciu şi S.M. Rădulescu (1994) – sunt în ordinea lor descrescătoare următoarele: violurile, omuciderile, corupţia (sau crima organizată), furturile, alcoolismul, traficul cu arme, afacerile ilicite, delincvenţa juvenilă, traficul şi consumul de droguri, homosexulitatea şi prostituţia.

Nici acest criteriu nu este lipsit de *limite.* În viaţa socială nu există un singur comportament conform cu norma sau contrar normei, ci o mare varietate a acestuia. Unele conduite sunt considerate mai puţin acceptabile şi cu toate acestea sunt tolerate. Furtul şi simpla impolitete *nu ofensează în egală măsură sentimentele indivizilor dintr-un grup social şi nu afectează în aceeaşi măsură solidaritatea morală a membrilor societăţii*, scria E. Durkheim (1993). De aceea, nepoliticosul este blamat, în timp ce hoţul e pedepsit.

Un alt dezavantaj al acestui criteriu provine din ambiguitatea conceptelor de magnitudine sau periculozitate. Pentru simţul comun, periculozitatea este o anomalie a moralităţii, în timp ce pentru criminologie ea reprezintă un criteriu clar de stabilire a răspunderii penale. De asemenea, expertizele psihiatrice, utilizate în criminologie, transferă noţiunea de periculozitate la nivelul personalităţii infractorilor, sugerând teza aşa-numitei "personalităţi periculoase".

4. Criteriul reacţiei sociale. Din perspectiva acestui criteriu, conceptul de devianţa este definită prin luarea în considerare a interacţiunii deviantului cu cei care-i evaluează comportamentul. *Devianţa nu este o proprietate inerentă unor comportamente, ci o calitate atribuită de anturaj în funcţie de convenienţele sociale*. De aceea, reacţia pe care o provoacă (de mustrare, sarcasm, condamnare, izolare, ostracizare, privare de libertate, pedeapsa capitală etc.) este criteriul major al devianţei (M. Cusson, 1997).

În cadrul procesului de definire a devianţei indivizii parcurg următoarele *etape*: a) interpretează un comportament ca fiind deviant, b) definesc persoanele care se comportă diferit ca deviante şi c) le aplică un tratament aparte. Criteriul în acest caz est acela al reacţiei publicului faţă de actul de devianţă. *Dacă membrii unui grup nu reacţionează, devianţa poate rămâne "invizibilă" sau nu există ca atare.* Fenomenologii susţin că nici o teorie ştiinţifică nu a prezentat cu certitudine cauzele reale ale comportamentelor deviante şi, de aceea, nu definiţiile ştiinţifice ci cele ale simţului comun trebuie luate în considerare.

Dintre *limitele* utilizării acestui criteriu mai importante sunt: 1. fiecare grup particular are propriile sale definiţii asupra normalităţii sau devianţei, iar această relativitate este o sursă de ambiguitate; 2. criteriile obiective în definirea devianţei sunt înlocuite cu unul subiectiv şi 3. sunt omise cauzele iniţiale ale genezei devianţei, accentul fiind pus doar p consecinţele acesteia (definiţia, sancţiunea, reacţia publicului).

5. Criteriul medical. Potrivit acestui criteriu, *devianţii sunt indivizii incapabili să respecte normele sociale, datorită deficienţelor lor fizice sau psihice.* Este vorba despre bolnavii psihic, în special psihoticii şi psihopaţii, care nu au capacitatea de a distinge între bine rău, între moral şi imoral. Dacă încălcarea legilor – ca ansamblu de reguli normative edictate de către autoritatea cu caracter statal-politic – constituie o formă particulară de devianţă, boala psihică reprezintă un alt fel de devianţă, în condiţiile în care, *bolnavul se abate prin conduita sa de la cerinţele normalităţii incluse în noţiunea de sănătate psihică*, *valorizată într-o anumită societate* (S.M. Rădulescu şi M. Piticariu, 1989). Desigur, personalitatea patologică poate săvârşi acte deviante şi în raport cu alte norme sociale: morale, de politeţe, juridice etc.

Cercetările asupra personalităţii patologice, care au pus accentul pe rolul individului în producerea actelor deviante, au sugerat că, cel mai adesea, violarea normelor sociale este înfăptuită de către indivizii deficienţi, caracterizaţi prin tulburări de comportament sau de personalitate, incapabili să se adapteze contextului socio-cultural. Reprezentanţii psihopatologiei şi psihiatriei actuale recunosc faptul că elementele biogene şi psihogene sunt modelate şi controlate social, devianţa fiind în mod fundamental, un fenomen psihosociologic şi nu doar psihologic sau sociologic. Cu alte cuvinte, *cele mai multe manifestări de natură psihopatologică nu sunt doar rezultatul unei anumite "boli", ci şi al violării sau contrazicerii, mai mult sau mai puţin puternice, a normelor sociale; ele pot fi produse de diverşi factori (separaţi sau combinaţi în cele mai variate formule): de la influenţele genetic formative, la socializarea deficitară, de la unele experienţe traumatizatoare care au modificat dezvoltarea personalităţii, la incapacitatea de a face faţă situaţiilor de stres şi tensiunii emoţionale.*

Conform acestui criteriu, boala însemnă "alegere forţată" sau "constrângere", ceea ce poate "motiva" sau scuza actele deviantului. Ideea îşi are originea în lucrările lui T. Parsons care aprecia că, *boala este singura formă de "devianţă legitimă"*, deoarece individul este incapabil să joace rolurile sale sociale normale.

Limitele acestui criteriu rezultă din faptul că: 1. devianţa este confundată cu patologicul sau anormalitatea, persoana patologică fiind prezentată, prea des ca nefiind liberă să-şi aleagă preferinţa sau conduita; 2 nu ţine seama, suficient de mult, de faptul că societatea este aceea care stabileşte liniile de demarcaţie ale devianţei, psihiatrii având sarcina stabilirii doar a cauzalităţii clinice.

Multitudinea acestor criterii de definire a devianţei sugerează bogăţia semantică a conceptului, care corespunde unei mari varietăţi a conduitelor. Utilizarea unui criteriu sau altul depinde adeseori de opţiunea autorului pentru o anumită teorie sau modalitate interpretativă. Noi vom defini devianţa, în general, prin ***multitudinea comportamentelor ale căror caracteristici apar mai mult sau puţin ofensatoare, reprobabile, condamnabile şi care generează sau ar genera dacă ar fi descoperite dezaprobare, pedeapsă, condamnare sau ostilitate faţă de autorii acestora.***

T E M Ă D E E V A L U A R E

Sintetizaţi într-un tabel, ale cărui capete sunt: 1. tezele de bază, 2. avantajele (meritele) şi 3. limitele, cele cinci criterii de definire a devianţei. Precizaţi în care dintre aceste criterii se încadrează definiţia propusă în finalul acestui subcapitol şi argumentaţi răspunsul d-voastră.

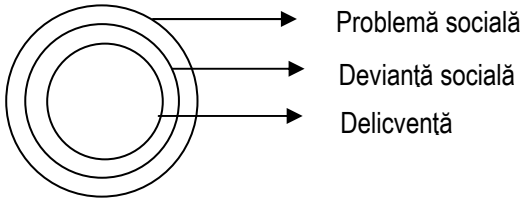
I.3. "DEVIANŢA" ŞI CONCEPTELE APROPIATE EI

Datorită perspectivelor diferite utilizate în explicarea devianţei, în literatura de specialitate pot fi întâlnite o serie de concepte apropiate noţiunii, sfera lor semantică fiind mai mult sau mai puţin suprapusă, cu care acesta nu este însă sinonimă.

1. Devianţă – problemă socială. Ca transgresare a normelor aflate vigoare într-un sistem social dat, devianţa reprezintă un comportament care repune în cauză atât normele sociale cât şi unitatea şi coeziunea sistemului. În această accepţiune, devianţa poate fi întâlnită, după cum am menţionat, în fiecare tip de societate. Spre deosebire de aceasta, *problema socială este definită ca o stare colectivă indezirabilă, circumscrisă unui spaţiu particular definit, care apare într-o anumită perioadă a dezvoltării acestuia.* Problemele sociale trebuie analizate aşadar în interiorul societăţii în care apar, în strânsă relaţie cu ordinea socială, cu valorile şi structurile distincte ale acestei societăţi. Ele sunt consecinţele nedorite şi neanticipate ale progresului socio-economic şi reglementării instituţionalizate ale comportamentului social (M. Petcu, 1999). Foametea a constituit o problemă socială până la sfârşitul secolului al XVIII-lea iar, şomajul a apărut ca efect negativ al generalizării revoluţiei industriale, în cursul secolului al XVII-lea. Ca şi devianţa, problema socială nu poate fi explicată de o teorie unitară şi atotcuprinzătoare, dată fiind multitudinea situaţiilor sociale de care trebuie să se ocupe.

Care sunt problemele sociale ale societăţii româneşti actuale? Câteva dintre cele mai stringente probleme sociale sunt: *sărăcia* (românii cu salariu mediu aflându-se sub pragul minim al sărăciei cu cca. 0.50 de centi, în august 2002), *şomajul* (cu precădere în unele judeţe), *corupţia, infracţionalitatea, scăderea autorităţii statului* etc. Dintre acestea, doar corupţia şi infracţionalitatea sunt incluse şi în fenomenul devianţei, chiar în nucleul ei delictual, restul problemelor constituind câţiva dintre factorii ei favorizanţi. Prin urmare, noţiunea de problemă socială are o sferă mai largă decât conceptul de devianţă socială, care include delincvenţa (criminalitatea).

Raportul PROBLEMĂ SOCIALĂ – DEVIANŢĂ – DELINCVENŢĂ



O problemă socială poate genera o altă problemă. Spre exemplu, şomajul accentuează sărăcia; şomajul şi sărăcia pot crea condiţii favorabile pentru delincvenţă etc. Distincţia prezentată este necesară deoarece, conduitele deviante sunt probleme sociale pe când, nu toate problemele sociale presupun încălcări ale normelor. La rândul ei, delincvenţa se prezintă ca un caz particular al devianţei sociale, ce implică încălcări ale *anumitor* norme sociale: a celor penale.

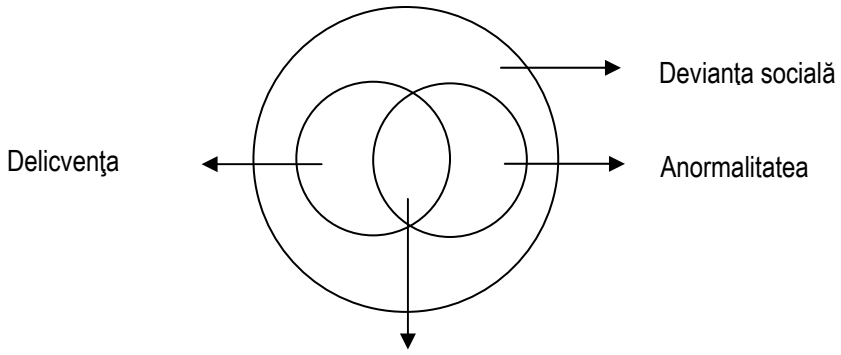
2. Devianţă – anormalitate. Psihiatria tradiţională a identificat, adeseori, devianţa cu anormalitatea. Ea localizează de cele mai multe ori fenomenul de devianţă la nivelul unei adaptări deficitare a individului la exigenţele vieţii familiale, profesionale şi sociale. A. Porot (1960) preciza faptul că, noţiunea de anormalitate se aplică tuturor indivizilor ale căror resurse intelectuale, echilibru psihic şi comportament obişnuit scapă măsurii şi regulilor comune. Psihiatria actuală consideră că, boala psihică apare din convergenţa factorilor interni şi externi, care afectează echilibrul psihic. Acoperind întreaga gamă a patologiei mentale, conceptul de anormalitate vizează formele simptomatice ale comportamentului deviant, noţiunea de comportament aberant fiind utilizată pentru a desemna aspectele medico-legale şi psihopatologice conexe actelor deviante. În timp ce anormalitatea reprezintă *un fapt particular*, ce caracterizează structura şi motivaţiile personalităţii, evoluţia comportamentului în raport cu gândirea, conştiinţa şi în contextul situaţiilor stresante, fenomenul devianţei reprezintă, esenţialmente, *un fapt social* care-şi are originea în modul de funcţionare al societăţii.

V.T. Dragomirescu (1976) aprecia că, putem deosebi următoarele aspecte etiopatogenice ale comportamentului deviant antisocial:

- comportamentul *motivat* patologic, pentru care se impun măsuri permanente de ordin curativ;
- comportamentul *potenţat* (sensibilizat) patologic, pentru care se impun măsuri speciale, diferenţiate;
- comportamentul *declanşat* patologic, pentru care sunt indicate în primul rând măsurile cu caracter preventiv;
- comportamentul *exacerbat* al unui fond patologic în stare de latenţă şi pentru care, pe lângă măsurile preventive, se impun uneori măsuri curative diferenţiate.

Anormalitatea implică utilizarea unor criterii conjugate de natură medico-socială. Din punct de vedere medical, ea exprimă numeroasele tipuri de personalităţi perturbate care implică disociabilitatea, tulburarea conştiinţei de sine sau defectele de comunicare interumană. Din punct de vedere social, ea generează diferite forme ale comportamentului deviant, adică abateri de la normă. Însă, nu orice act deviant se înscrie în registrul anormalităţii, după cum nu orice delincvent este un bolnav psihic.

Raportul ANORMALITATE - DEVIANŢĂ - DELINCVENŢĂ



Infracţionalitatea specifică diferitelor categorii de bolnavi psihic

Aprecierea unei conduite sociale ca fiind sau nu patologică presupune existenţa unui model de referinţă socială, în baza căruia se evaluează atât caracterul normal sau anormal al faptei, cât şi caracterul ei legal sau ilegal şi mărimea efectelor ei negative. Comportamentul anormal este unul problematic, totuşi, în măsura în care tulburările psihice sunt deseori defensive, protective şi compensatoare, este greu de stabilit o demarcaţie clară între comportamentul anormal şi cel normal. Normele juridice selectează şi convertesc în fapte juridice, ilicite, conduitele considerate grave prin pericolul social pe care îl presupun.

3. Devianţă - anomie. Dacă devianţa însemnă abaterea de la norme, *anomia presupune absenţa acţiunii regulatorii a normei*. Noţiunea de anomie (a nomos = fără norme) a fost utilizată de Emile Durkheim (1893, 1897) şi pentru a caracteriza ruptura apărută în trecerea de la societatea tradiţională (bazată pe "solidaritatea mecanică") la societatea modernă, de tip industrial (bazată pe "solidaritatea organică"). Anomia, afirma Durkheim, este starea de dezordine sau de perturbare normativă, care împiedică indivizii să-şi dezvolte comportamentul în funcţie de repere clare şi precise. Dar, ea reprezintă o patologie de tranziţie şi nu o stare funciară. Cu alte cuvinte, anomia este o stare firească în raport cu stadiul de dezvoltare al societăţilor moderne dar, anormală în raport cu nevoia de a face din diviziunea socială a muncii un factor de coeziune şi solidaritate socială. Prin diminuarea conştiinţei colective, prin dereglarea normativă şi absenţa limitelor acţiunii, anomia determină un ansamblu de conduite deviante, indezirabile.

O altă perspectivă asupra anomiei este cea oferită de Robert Merton (1968), în cadrul căreia, ea devine o stare patologică a societăţilor modern. Anomia rezultă din ruptura dintre scopurile culturale şi mijloacele instituţionale, legale. Devianţa este produsul acestei rupturi şi implică utilizarea mijloacelor ilegale care permit satisfacerea unor scopuri sociale legitime, respingerea, încălcarea sau eludarea normelor existente sau negarea lor şi propunerea altora noi.

Prin urmare, conceptul sociologic de anomie trimite la tendinţele spre dezordine, dezorganizare şi dereglare a sistemului social sau a unui sistem de valori, tradiţional acreditat. În sens psihologic, anomia apare în cazul indivizilor dezrădăcinaţi din mediul lor social sau care şi-au pierdut sistemul de valori (imigranţii, refugiaţii), "condamnaţi" la inadaptare şi delincvenţă. Prin urmare, *anomia este direct implicată în procesul producerii devianţei comportamentale*, iar *anomia socială generează şi întreţine anomia psihologică*. Conduitele deviante se pot manifesta mai uşor pe fundalul anomiei, datorită inadecvării normelor la condiţiile noi ale existenţei sau contradicţiei dintre normele existente, inconsistenţei reacţiei sociale şi acţiunii dezordonate a instituţiilor menite să asigure controlul social.

Dacă anomia a fost identificată uneori cu alienarea, alteori ea a fost considerată a fi *una* din dimensiunile alienării, ca fenomen global de neadaptare a omului în lumea sa, percepută ca străină şi ostilă. Încercând să operaţionalizeze noţiunea de alienare, M. Seeman a propus o scală cuprinzând următoarele 5 dimensiuni:

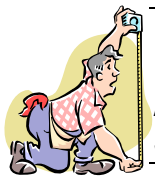
- lipsa de putere sau credinţa că nu poţi controla rezultatele acţiunilor tale intenţionate;
- lipsa de sens sau starea de confuzie în legătură cu modul de orientare a vieţii;
- izolarea socială sau lipsa de adeziune le credinţele şi idealurile grupului de apartenenţă;
- înstrăinarea de sine sau incapacitatea de a controla propriul destin;
- *anomia* sau confuzia valorilor, lipsa normelor şi principiilor sau credinţa că obiectivele dezirabile pot fi atinse numai prin acte nelegitime, imorale.

Actualmente, indicatorii alienării, inclusiv anomia, sunt utilizaţi ca elemente ale sistemului de indicatori ai calităţii vieţii.

4. Devianţă – marginalitate. Termenul a fost pentru prima dată utilizat, sub forma "individului marginal", de R. Park în 1928, fiind ulterior dezvoltat de E. Stonequist, în 1937. Marginalitatea se referă la o poziţie socială periferică, de izolare a indivizilor sau grupurilor, cu acces drastic limitat la resursele economice, politice, educaţionale, şi comunicaţionale ale societăţii. Sursa marginalizării se află în modul de organizare al unei societăţi care permite sau favorizează accesul inegal la resurse, discriminarea unor persoane sau grupuri sociale. Psihologic, marginalitatea corespunde unui conflict intrapsihic, rezultat din frustrarea resimţită ca urmare a împingerii individului/grupului spre periferia societăţii, a privării de drepturi, a contradicţiei existente între procesul socializării primare şi cel al resocializării, între zestrea culturală deja asimilată şi cea care caracterizează sistemul cultural normativ în care persoana doreşte să se integreze (ca în cazul emigranţilor sau a celor care se mută de la sat la oraş sau a celor care trec de la o categorie socială la alta).

Caracteristicile omului marginal sunt eşecul acţiunii (dezorganizarea şi dezorientarea personală), izolarea şi distanţa socială, inadaptarea socială (incapacitatea ajustării la mediu), anomia (rezultând din lipsa unor indicaţiilor normative clare), ambivalenţa atitudinală şi dualitatea personalităţii. Ca reacţie de compensare, marginalitatea se caracterizează prin reacţii ostile faţă de normele şi valorile sociale, comportamente deviante constând în asocialitate, agresivitate, autoagresivitate, tendinţe antisociale.

Etichetarea actelor deviante şi stigmatizarea autorilor acestora favorizează, la rândul ei, accentuarea marginalizării devianţilor. Marginalizarea are ca efect alienarea, neintegrarea socială, dezorganizarea familiei etc. Grupurile marginale sunt, de regulă, compuse din noii veniţi într-un grup social sau organizaţie, din indivizii ne-integraţi complet: imigranţi, persoane inadaptate, săraci, şomeri, minorităţi etnice puternic discriminate, handicapaţi, bolnavi psihici, delincvenţi.



A C T I V I T A T E

Analizaţi raportul dintre problema socială şi devianţă în cazul jocului "Caritas", pe baza lucrării lui S.M. Rădulescu "*Devianţă, Criminalitate şi Patologie socială*", 1999, pp. 176.

I.4. FUNCŢIILE DEVIANŢEI

Nu sunt multe situaţiile în care putem sau suntem dispuşi să ne dezvăluim în mod profund celorlalţi. Adesea, suntem constrânşi să adoptăm o anumită conduită în funcţie de rolul jucat: de tată/mamă, soţ/soţie, cadru didactic, coleg, prieten etc. Rolul social, ca aspect dinamic al statutului, exprimă atât comportamentul efectiv jucat, cât şi prescripţia normativă cu privire la acesta. Prin urmare, putem spune că rolul este un ansamblu de aşteptări consensuale funcţionând ca o normă, care delimitează un set de comportamente şi atitudini adecvate (permise sau dezirabile), de cele inadecvate, deviante (interzise sau indezirabile) în diversele contexte sociale.

Prescripţiile normative de rol, afirma T. Parsons (1951), pot rezulta din procesul socializării sau din cel al interacţiunii sociale. ***În raport cu procesul socializării***, devianţa vizează rolurile

inadecvate (de ex., cel de hoţ, vagabond, pervers sexual etc.) care constituie o ameninţare pentru existenţa societăţii, deoarece asumarea lor frecventă conduce la desocializarea indivizilor respectivi. Apariţia unui grup de devianţi indică existenţa unui conflict între majoritate şi grupul minoritar, marginal. Reacţiile devianţilor pot fi: 1. contestarea din interior a statutului marginal şi a motivelor marginalizării sau 2. indiferenţa. În ambele situaţii, devianţa ar avea – după Parsons (apud. A. Ogien, 2002) - o funcţie pozitivă: în primul caz *induce schimbarea socială* (însă nu orice schimbare socială este şi una dezirabilă), iar în al doilea, *asigură întărirea coeziunii grupului* prin fixarea pedepselor pentru cei care nu se supun normelor grupale.

În cadrul interacţiunilor sociale, normalitatea apare atunci când individul stabileşte între observarea unui fenomen şi interpretarea lui o corelaţie în conformitate cu modul de judecată al majorităţii indivizilor. Devianţa apare tocmai ca abatere de la aşteptările standard şi de la modul obişnuit de a percepe lumea. Discrepanţele dintre reacţie şi aşteptările cu privire la aceasta perturbă procesul comunicării, favorizând evoluţia spre disoluţia relaţiilor sociale. În acest sens, *devianţa devine generatoare de stări şi fenomene patologice*.

Spre deosebire de Parsons şi apreciind caracterul normal, necesar şi funcţional al devianţei, E. Durkheim identifica ***patru funcţii importante ale actelor deviante***, toate pozitive prin finalitatea lor:

1. *marchează graniţele comportamentului permisiv*, clarificând ceea ce societatea consideră că este o acţiune corectă şi potrivită. Delimitarea acţiunilor corecte, dezirabil, necesită o clarificare a ceea ce apare ca incorect şi indezirabil;
2. etichetarea actelor deviante *întăreşte forţa morală a comportamentului considerat acceptabil de societate.* Autoritatea conştiinţei morale nu ar putea funcţiona fără existenţa devianţei, după cum binele nu poate exista în afara răului;
3. *măreşte solidaritatea socială* şi unitatea oamenilor în jurul aceleiaşi atitudini faţa de comportamentul deviant;
4. *generează schimbarea socială*, în cadrul devianţei fiind propuse alternative la normele şi valorile existente.

La rândul său, Robert Merton făcea distincţie între ***obiectivele culturale şi normele instituţionale*** care definesc cinci moduri de adaptare a rolului individului la situaţiile în care este implicat. Ele variază între două extreme: de la conformitate la evaziune şi sunt prezentate sintetic în următorul tabel.

Moduri de adaptare	Scopuri	Mijloace
1. Conformitate	+	+
2. Inovaţie	+	-
3. Ritualism	-	+
4. Evaziune (sau Retragerea)	-	-
5. Răzvrătire (sau Rebeliune)	±	±

(+) acceptare; (-) respingere; (±) respingere şi înlocuirea cu scopuri şi mijloace noi

Conformitatea este starea firească, cea mai des întâlnită în societate. Toate celelalte patru moduri de adaptare sunt considerate deviante. *Inovatorii* admit valorile sociale dar încearcă să le

modifice, să le amelioreze (de ex., creatorului dar şi a trişorului). *Ritualiştii* sunt obsedaţi de respectarea normelor, din care fac un ritual (de ex., birocraţii rigizi, subalternul obedient, supus în întregime autorităţii şefului său, militanţii politici – sclavi ai unei anumite ideologii etc.). *Evaziunea sau retragerea* este modul cel mai puţin răspândit, ce apare la indivizii asociali (care sunt în societate, fără să fie totuşi): drogaţi, beţivi cronici, psihotici, paria societăţii etc. *Răzvrătiţii sau rebelii* încercă să stabilească o nouă ordine socială şi normativă; printre ei se află: revoluţionarii, membrii unor grupări fanatice religioase sau teroriste, subculturile juvenile apărute ca reacţie la normele şi valorile adulţilor (hippy, rockerii, sataniştii etc.).

Este dificil însă de evaluat care mod de adaptare este mai deviant şi care mai puţin. Analiza devianţei realizată de R. Merton demonstrează că noţiunea de funcţie şi disfuncţie este relativă. Astfel, deşi inovaţia explică probabil cel mai bine delincvenţa, (deoarece escrocii, vânzătorii de droguri, piraţii de casete şi CD-uri îşi aleg mijloace dezaprobate social în scopul convenţional al succesului şi bunăstării economice), ea reprezintă – potrivit lui R. Merton – o formă de devianţă pozitivă şi absolut necesară pentru progresul societăţii. Inovatorii, ca şi rebelii, joacă un rol esenţial în procesul *schimbării societăţii*. Cei definiţi ca devianţi pot deveni la un moment dat eroii viitorului. Este şi cazul revoluţionarilor, artiştilor nonconformişti, a creatorilor din diversele domenii practice sau teoretice). Cei care au luptat pentru dreptul de vot al femeii au fost consideraţi devianţi la vremea respectivă dar, astăzi, dreptul femeii de a-şi exprima liber opiniile politice şi de a vota sunt considerate absolut normale.

Devianţa îndeplineşte şi o *funcţie cathartică*, deoarece devianţa asigură eliberarea de tensiune, chiar dacă numai temporar. În acest sens, prostituţia ar permite satisfacerea nevoilor sexuale ale celor care nu reuşesc să întreţină relaţii sexuale normale din diverse motive, tot aşa cum homosexualitatea ar permite satisfacerea nevoilor sexuale ale persoanelor care nu pot întreţine relaţii de tip heterosexual. De asemenea, devianţa permite manifestarea nemulţumirilor faţă de unele norme inechitabile ale autorităţii. Astfel de nemulţumiri pot da naştere unor acţiuni deviante, cum ar fi protestele, demonstraţiile sau revoltele, apreciate de putere ca fiind destabilizatoare pentru sistemul social. În toate aceste situaţii, eliberarea cathartică este indiciul în fapt al unei disfuncţii.

Sinteza funcţiilor pozitive şi a disfuncţiilor devianţei, care ne serveşte drept concluzie la acest subcapitol, este cea realizată de Albert Cohen (1966). Autorul enumeră *patru funcţii pozitive* ale comportamentului deviant (extrem de apropiate de cele enunţate de Durkheim):

- definirea şi clarificarea riguroasă a normelor, în scopul înlăturării ambiguităţii acestora;
- creşterea solidarităţii emoţionale a grupului;
- producerea unor schimbări necesare în sistemul social;
- considerarea conformităţii ca fiind mai dezirabilă decât devianţa.

Funcţiile negative sau disfuncţiile enumerate de Cohen sunt:

- eliminarea motivaţiilor de conformare a membrilor societăţii;
- subminarea încrederii necesare în autoritatea normelor societăţii;
- reducerea interdependenţei necesare pentru funcţionarea normală a sistemului social şi dezvoltarea unor conflicte între rolurile sociale.

Deşi încălcările normelor conduc, la prima vedere, inevitabil, la destabilizarea şi perturbarea sistemului social, ele pot avea şi un efect contrar. De altfel, considerăm că funcţiile pozitive ale devianţei sunt cel puţin la fel de importante ca şi disfuncţiile pe care le poate crea.

A C T I V I T A T E

Descrieţi două situaţii distincte – întâlnite în experienţa dumneavoastră – în care comportamentul deviant al unui individ să aibă efecte pozitive, în primul caz, şi negative, în al doilea.

I.5. CLASIFICAREA TIPURILOR DE DEVIANŢĂ

Având la bază perspective teoretice mai mult sau mai puţin diferite asupra comportamentului deviant, criteriile mai frecvent utilizate în clasificarea tipurilor devianţei sunt următoarele:

1. ***În funcţie de natura efectelor sociale ale devianţei***, J. Fichter realiza distincţia dintre *devianţa pozitivă* şi cea *negativă*. Devianţa pozitivă implică faptul că individul se abate de la stereotipurile conformităţii şi adoptă/creează norme şi valori noi, superioare, aşa cum se întâmplă în cazul invenţiei şi, uneori în cel al inovaţiei (în accepţiunea dată de Merton). Devianţa negativă presupune încălcarea normelor medii ale unui grup social, aşa cum se întâmplă în cazul comportamentelor disfuncţionale, aberante şi delincvente. Există însă şi o *devianţă neutră*, care acoperă conduitele tolerate de grup ce nu afectează unitatea şi coeziunea sistemului (bizareriile comportamentului excentric, gesturile insolite sau nonconformismul vestimentar).

2. ***În funcţie de magnitudinea şi gravitatea actelor deviante***, J.A. Perez (1996) a făcut distincţia între devianţa gravă (omuciderea sau perversiunile sexuale) şi devianţa lejeră, mai puţin gravă (devianţa în traficul auto sau în consumul de alcool). Orice persoană încalcă din când în când regulile în limitele toleranţei colective (devianţă lejeră). Persoana nu se consideră deviantă şi continuă să fie acceptată social, ceilalţi ignorând această formă de devianţă. Un şofer care circulă în afara localităţii cu 100 km/oră nu se consideră deviant, în ciuda limitării legale a vitezei dintre localităţi la 90 km/oră. Autorul a demonstrat viabilitatea distincţiei, arătând că devianţa lejeră este acceptată de subiecţi ca făcând parte din stereotipul in-group-ului, în timp ce, devianţa gravă (cum ar fi înclinaţia spre perversiunile sexuale) este o trăsătură pe care subiecţii nu o tolerează în imaginea propriului grup, ea fiind utilizată în discriminarea out-group-urilor.

3. ***În funcţie de etichetarea sau nu actelor deviante***, Edwin Lemert (1951) deosebea *devianţa primară* (faptul de a încălca o normă), de cea *secundară* (recunoaşterea oficială a cestei încălcări de către o instanţă desemnată în acest scop). Autorul consideră avem de-a face cu devianţa primară atunci când transgresarea normelor are un caracter temporar şi nerepetitiv. Ea are implicaţii minime asupra statului social şi a edificiului psihic al unei persoane care a comis un act ilicit sau condamnabil. Ca efect al reacţiei sociale, devianţa secundară devine un fapt central în existenţa trangresorului normelor sociale. A te plimba gol prin propria casă este o devianţă primară, care poate fi (eventual) sancţionată doar de membrii propriei familii sau de cei cu care persoana împarte acelaşi locuinţă. Pe un bulevard aglomerat, aceeaşi conduită atrage intervenţia forţelor de ordine, deviantul riscând să sfârşească într-un spital de psihiatrie. Identificată şi etichetată devianţa devine secundară.

Lemert considera că atunci când o devianţă primară devine secundară pentru prima dată, ea nu decide automat destinul deviantului, acesta având posibilitatea de a alege între alternativa perseverării şi cea a renunţării la infracţiune. Individul se angajează în mod repetat în devianţa

secundară va trebuie să poate stigmatul de deviant, care-i va modifica treptat identitatea socială şi concepţia de sine.

4. ***În funcţie de "transparenţa" conduitei deviante,*** deosebim *devianţa deschisă*, care poate fi mai uşor observată şi evidenţiată de reprezentanţii instituţiilor de control social, de *devianţa ascunsă* sau *secretă*, care constă mai ales în "patologiile sexuale" sau în actele de corupţie ale oficialilor politici şi ale funcţionarilor statului, care rămân ascunse ochiului public. Analizând consumul de marijuana la cântăreţii de cabaret, H. Becker (1963) sublinia că această formă de devianţă se consumă departe de cei care ar putea-o eticheta negativ, drogatul tinzând să-şi ascundă comportamentul persoanelor apropiate lipsite de patima drogului (părinţi, fraţi, prieteni care nu se droghează etc.) De altfel, majoritatea actelor deviante rămân necunoscute publicului larg.

5. ***În funcţie de domeniul de manifestare al devianţei***, distingem *devianţa penală* (infracţiunile), *sexuală* (delictele sexuale, preferinţele şi identităţile sexuale deviante), *politică* (terorismul), religioasă (fanatismul), *familială* (maltratarea, abuzul) sau *autodistructivă* (sinuciderea, consumul de droguri etc.).

6. ***În funcţie de numărul celor implicaţi în realizarea actului deviant*** deosebim *devianţa individuală,* de cea *de grup*. Cea din urmă presupune socializarea în cadrul unor subculturi deviante (cum ar fi reţelele traficului cu carne vie sau cu droguri). Lawrence Sherman a introdus chiar noţiunea de *devianţă organizaţională* pentru a desemna actele de corupţie comise de agenţiile de control social, desemnate chiar cu prevenirea şi combaterea corupţiei.

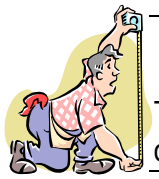
7. ***În funcţie de sănătatea psihică a deviantului*** a fost deosebită *devianţa "normală",* de cea *"patologică"*. Aşa-zisa devianţă "normală" este considerată de o mare parte a membrilor unei societăţi ca o practică firească, deoarece este manifestată sau practicată de segmente relativ mari de populaţie (spre exemplu, relaţiile sexuale premaritale sau masturbarea). Actele deviante "normale", specifice omului sănătos psihic, nu intră în prea mare conflict cu morala publică. Devianţa "patologică" este prezentă în cazul bolnavilor psihic care nu au fost socializaţi într-o subcultură deviantă şi care prezintă o conduită anormală. Violurile comise asupra persoanelor necunoscute şi actele de incest sunt unele dintre cele mai frecvente forme de devianţă patologică.

8. ***În funcţie de criteriile medico-legale şi criminologice***, V.T. Dragomirescu (1976) deosebeşte:

- *comportamentul deviant* (constând în abaterile ne-sancţionate de la normele sociale, inclusiv penale);
- *comportamentul aberant* (incluzând aspecte medico-legale şi psihopatologice, într-o anumită măsură scuzabile datorită absenţei discernământului la bolnavii psihic sau a caracterului voluntar al acţiunii la persoanele cu handicapuri fizice);
- *comportamentul antisocial sau infracţional* (care vizează aspectele judiciare ale comportamentului, sancţionat penal). Acesta poate cuprinde, la rândul său, patru sub-tipuri (primele două fiind preponderente în cadrul delincvenţei juvenile): comportamentul antisocial accidental sau ocazional; comportamentul predelictual; comportamentul delictual propriu-zis; comportamentul infracţional patologic.

Puţine dintre criteriile menţionate sunt utilizate concomitent, probabil pentru a fi evitate confuziile ce pot să apară în condiţiile folosirii unor criterii prea apropiate sau chiar parţial suprapuse.

Apreciem că, etichetarea şi sancţionarea actelor deviante depinde natura normelor încălcate, de gradul de toleranţă al societăţii respective, ca şi de pericolul actual sau potenţial pe care îl reprezintă conduita deviantă.



A C T I V I T A T E

Treceţi actul de a fura, pedofilia şi consumul de alcool prin toate cele opt criterii şi stabiliţi categoriile cărora li se subsumează, argumentându-vă răspunsul.

II. TEORII EXPLICATIVE ALE COMPORTAMENULUI DEVIANT

II.1. CORELAŢII ÎNTRE DIFERITE TIPURI DE CONDUITE DEVIANTE

După cum am văzut deja, actele deviante prezintă o extraordinară variabilitate şi extensiune în timp şi spaţiu. Este posibil ca nişte comportamente atât de diferite să aibă una şi aceeaşi cauzalitate? Ca una şi aceeaşi explicaţie să se aplice unui mare număr de conduite deviante? Răspunsul afirmativ la aceste întrebări tinde să fie susţinut de ipoteza puternicei *atracţii dintre formele comportamentului deviant* sau de puternica *tendinţă spre aglutinare* a actelor deviante (M. Cusson, 1997). În susţinerea acesteia, iată câteva dintre cele mai frecvente corelaţii pozitive, inventariate de Cusson, între diferitele tipuri sau categorii de acte deviante.

1. Devianţa şcolară – delincvenţa juvenilă. Devianţa şcolară este adesea împletită cu delincvenţa juvenilă, corelaţiile pozitive dintre aceste două variabile fiind atât de puternice încât cu greu pot fi disociate. În mediul şcolar, tinerii delincvenţi sunt indisciplinaţi, agitaţi şi au tendinţa de trişa, fiind adesea expulzaţi din clasă sau şcoală. Lipsa de la şcoală (chiulul) este frecvent în cazul lor.

2. Furt – violenţă. Furtul se află în corelaţie pozitivă cu violenţa deoarece, ea constituie un mijloc rapid de însuşire a bunului altcuiva şi pentru că victimele tind să îşi apare proprietatea cu întreaga forţă de care dispun.

3. Delincvenţă – toxicomanie. Asocierea dintre delincvenţă şi toxicomanii (implicit alcoolismul) este una din relaţiile cele mai bine stabilite în criminologie. Alcoolul reduce inhibiţiile şi, de aceea, nu este surprinzător faptul că cei care consumă mai mult alcool folosesc un stil jignitor de adresare şi ajung să lovească şi să rănească pe cei din jur. Conform datelor Departamentului de Justiţie al SUA, printre deţinuţi se află de trei ori muţi alcoolici decât printre americanii de mijloc. La delincvenţi, alcoolul este un factor de recidivă. În unele state americane, poliţia dispune realizarea analizei urinei persoanelor arestate (pentru diferite delicte, fără legătură vizibilă cu drogurile) şi a rezultat că între 58 şi 74% dintre aceste persoane prezintă resturi de cocaină sau heroină în organism. Astfel, 78% dintre deţinuţii penitenciarelor americane au folosit un drog ilegal, în timp ce, procentul echivalent pentru ansamblul populaţiei este de 37%. Doi deţinuţi din cinci recunosc că au fost sub influenţa unui drog ilegal sau a alcoolului în momentul comiterii delictului. De asemene, frecvenţa activităţii infracţionale variază odată cu nivelul heroinei în organism. Spre exemplu, narcomanii din Harlem care consumă zilnic heroină comit de cinci ori mai multe furturi calificate decât consumatorii accidentali.

Afirmaţia că drogul conduce la criminalitate nu este decât parţial adevărată, din moment ce, majoritatea narcomanilor americani şi-au început activitatea de delincvenţă înainte de a fi consumat droguri. Legăturile strânse dintre toxicomanie şi furt nu se datorează doar relaţiei de cauzalitate dintre ele, ci şi unor factori comuni ce acţionează asupra amândurora.

4. Suicid – omucidere. Mult timp s-a crezut că există o corelaţie negativă între sinucidere şi omucidere, idee respinsă categoric de E. Durkheim (1897, 1993, trad.). Adesea, rata sinuciderilor variază independent de rata omuciderilor; totuşi în SUA se observă relaţiile destul de strânse între

aceste două tipuri de devianţă. Grupul cu rata cea mai mare de omucideri, cel al tinerilor negri de sex masculin din mediul urban, are şi cele mai ridicate rate de sinucidere.

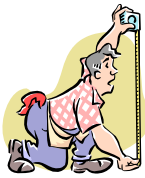
5. Toxicomanie – suicid. Relaţii strânse există şi între toxicomanie şi sinucidere. La persoanele care consumă substanţe psihotrope, frecvenţa sinuciderii şi a tentativei de suicid est mai mare comparativ cu proporţia acestora în ansamblul populaţiei.

6. Polivalenţa delincvenţilor recidivişti. Delicvenţii recidivişti sunt rareori specializşti. Majoritatea lor trec de al furtul benign la cel grav, de la vandalism la violenţă. Indivizii care se dedau furtului recurg adesea la agresivitate şi nu refuză traficul de droguri sau, atunci când se iveşte prilejul, violul.

Toate aceste constatări au condus la concluzia existenţei unei anumite *predispoziţii spre devianţă, manifestată prin transgresiuni polimorfe,* pe de o parte, iar pe de alta, la concluzia existenţei unor diferenţe individuale semnificative şi relativ stabile între delincvenţi şi non-delincvenţi.

Numărul variabilelor avute în vedere în studiile comparative s-a modificat în decursul timpului. Astfel, pe la mijlocul secolului al XIX-lea s-au stabilit *cinci caracteristici* de bază ale delincvenţei în general: ea este constantă, masculină, juvenilă, urbană şi înfăptuită de cei defavorizaţi. Cu timpul, *numărul variabilelor avute în vedere a crescut foarte mult*, de la vârstă, sex, loc de rezidenţă, statutul socio-economic, tipul infracţiunii, la variabile noi precum: categoria socio-profesională, originea etnică, nivelul de pregătire şcolară, relaţiile cu mediul delincvenţial, datele despre familie sau despre profilul psihologic al delincventului etc. Unele variabile au fost abandonate, cum s-a întâmplat cu cea a climatului geografic (numită şi "legea termică"), la modă la sfârşitul secolului al XIX-lea. "Legea termică" stipula faptul că, criminalitatea variază după temperatură: crimele pasionale prevalează în ţările calde, în timp ce crimele împotriva proprietăţii prevalează în zonele reci etc.

Actualmente, inventarierea infracţiunilor, a tipologiei autorilor şi a condamnărilor pronunţate a condus la analiza comportamentului deviant penal pe baza unei date obiective, cea a *ratei infracţionalităţii* (naţionale, zonale, anuale etc.). Dar, validitatea statisticilor criminalităţii este adeseori contestată de cei care susţin că "cifra neagră" a delincvenţei (dată de diferenţa dintre numărul real al delictelor înfăptuite şi cele înregistrate) este foarte mare.



A C T I V I T A T E

Pe baza lucrării "*Psihosociologia comportamentului deviant*", semnată de V.T. Dragomirescu (1976, pp. 97-105), şi a lucrării "*Psihologie judiciară*", realizată de N. Mitrofan, V. Zdrenghea şi T. Butoi (1992, pp. 55-57 şi 64-68), realizaţi un portret al infractorului recidivist în care să explicaţi polivalenţa recidiviştilor şi faptul că aceştia sunt rareori specializşti.

II.2. NIVELURI DE INTERPRETARE A COMPORTAMENTULUI DEVIANT

Există mai multe niveluri de interpretare ale devianţei: primul, urmăreşte explicarea cauzalităţii devianţei, prin căutarea răspunsului la întrebarea "de ce anumiţi indivizi sunt mai înclinaţi decât alţii să violeze normele sociale?" (*teoriile cauzale)*; la al doilea, se încearcă o interpretare cauzală a motivelor care conduc la transgresiune, a interpretării pe care indivizii o atribuie acţiunii lor sau a altora şi a fixării propensiunii spre devianţă asupra unui anumit tip de transgresiune (*teoriile cauzale comprehensive ale devianţei),* iar la al treilea nivel se iau în calcul elementele care intră în joc în trecerea la actul criminal,

făcându-se abstracţie de elementele biografice ale deviantului, de factorii endogeni şi exogeni care ar fi putut cauza acţiunea lui (*teoriile non-cauzale ale devianţei)*. Scopul cercetării, în cadrul primului nivel al interpretării, constă în evidenţierea etiologiei înclinaţiei spre devianţă şi a caracteristicilor indivizilor care se disting printr-o activitate deviantă frecventă, de regulă, indiferent de tipul acesteia. De regulă, teoriile plasate la acest nivel acordă un rol preponderent unui anumit factor, fie el biologic, psihologic sau social. La cel de-al doilea nivel, obiectivul cercetării este acela al înţelegerii raportului dintre cauzele endogene şi exogene, cauze comprehensibile numai în interacţiunea lor, şi al analizei circumstanţelor care îi determină pe indivizii înclinaţi spre devianţă să opteze spre un anumit tip de violare a normelor şi nu spre altul. În fine, la al treilea nivel, scopul cercetării este acela de a explica acţiunea, etapele şi strategiile acţiunii criminale, procesele şi mecanismele care însoţesc trecerea la act. Dacă primele două tipuri de teorii (cauzale) sunt de filiaţie lombrosiană, teoriile non-cauzale se constituie ca o "respingere a lui Lombroso în favoarea lui Beccaria" (M. Cusson, 1981).

II.3. TEORIILE CAUZALE

1. Precursorii teoriilor cauzale

Considerat a fi fondatorul dreptului penal modern şi al şcolii criminologice clasice, Cesare Beccaria a făcut, în lucrarea sa "Despre delicte şi pedepse" (1764), o critică severă a sistemului de pedepsire a diferitelor infracţiuni şi a susţinut necesitatea elaborării unui corp de legi scrise, necesitatea asigurării caracterului descurajant, moderat, dar prompt al *pedepsei proporţionale cu delictul*, necesitatea desfiinţării torturii, a pedepsei cu moartea şi a prevenii infracţiunilor. Beccaria a considerat că frica de sancţiune va creşte atunci când vom şti foarte precis la ce anume conduce încălcarea unei anumite legi. Numeroşi infractori încalcă însă legea ştiind foarte bine la ce se expun.

Franz Joseph Gall (în cele patru volume ale lucrării "*Anatomia şi fiziologia sistemului nervos în general şi a creierului în particular*", publicate între 1810-1819) a formulat o teorie a tendinţelor umane potrivit căreia comportamentul uman este reglat de jocul unor tendinţe "materializate" într-o anumită porţiune a cortexului. Dezvoltarea unei porţiuni a cortexului şi, implicit, ale oaselor craniene indică dezvoltarea unei anumite tendinţe. Deşi a intuit ideea localizării cerebrale, Gall a susţinut multe idei eronate. Spre exemplu, a afirmat că tendinţele spre omor sunt localizate deasupra canalului auditiv, că tendinţa spre furt şi instinctul de proprietate sunt localizate la nivelul arcadei sprâncenoase etc.

Susţinător al ideii importanţei mediului social în creşterea delincvenţei, statisticianul Alfred Quételet (1835) este întemeietorul statisticii morale şi părintele noţiunii de "om mediu". El a apreciat că, oamenii acţionează într-un anumit fel datorită constrângerilor sociale, astfel încât modificarea funcţionării sistemului social ar modifica şi conduita. Fără a fi explicată, delincvenţa apare ca un *cost fix* pe care societatea trebuie să-l plătească anual.

Reprezentantul cel mai de seamă al pozitivismului italian, Cesare Lombroso a formulat, în lucrarea sa "*Omul criminal*" (1876), teoria anormalităţii biologice. *Comportamentul criminal constituie un fenomen "natural", determinat ereditar*. Ideile de bază ale lui Lombroso sunt următoarele: criminalii constituie un tip distinct încă de la naştere, criminalii pot fi caracterizaţi după anumite stigmate sau atavisme fizice, fiziologice şi psihologice, stigmatele permit identificarea delincvenţilor, iar diminuarea fenomenului infracţional necesită o intervenţie socială viguroasă. Printre *stigmatele fizice* se numără: asimetria feţei şi a deschiderilor nazale, fruntea retrasă şi îngustă, sinusurile frontale foarte pronunţate,

orbitele mari, pometii şi fălcile voluminoase, marea asemănare dintre sexe etc. Atavismele *fiziologice* cuprind: insensibilitatea la durere (analgezia), cicatrizarea rapidă a rănilor, excitabilitatea. Cele *psihologice* includ: lipsa ruşinii, a remuşcării, milei şi demnităţii, lenea, neglijenţa, pasiunea pentru băutură, tatuaj sau jargon ş.a. Din punctul de vedere a lui Lombroso, criminalitatea reprezintă o anormalitate biologică bazată pe atavism organic şi psihic şi pe o patologie epileptică (apud. V. Cioclei, 1998). Convulsiile sunt înlocuite în acţiunea criminală de impulsurile violente şi irezistibile spre agresivitate.

O limită importantă a acestei teorii este faptul că majoritatea subiecţilor studiaţi de Lombroso erau delincvenţii din rândurile militarilor italieni, ce proveneau din mediul cultural, mai predispus la acte criminale, al Siciliei. Deşi multe din cercetările ulterioare au infirmat concluziile medicului italian, ele au contribuit la dezvoltarea cercetării criminologice prin reacţiile, disputele şi investigaţiile noi pe care le-au generat. De asemenea, Lombroso are meritul de fi contribuit la promovarea cercetării empirice şi la lărgirea sferei analizei cauzale a devianţei penale.

2. Teoriile psiho-biologice

Dezvoltarea tehnicii moderne de certare din domeniul geneticii a permis studiul cariotipului uman, prin intermediul căruia, teoria lombrosiană este parţial confirmată sub forma *teoriei aberaţiei cromozomiale*. Anomaliile cromozomiale devin cauzele genetice, înnăscute ale comportamentului antisocial şi criminal.

Celula umană a persoanei normale cuprind 46 de cromozomi, 22 de perechi de cromozomi regulaţi, nereproductivi şi cei doi cromozomi sexuali (XX, în cazul femeii şi XY, în cazul bărbatului), implicaţi în reproducerea umană. Descris corect din punct de vedere ştiinţific abia în decursul deceniului al şaselea al secolului trecut, cariotipul uman poate cunoaşte unele abateri de la normalitate, legate strâns de cromozomii sexuali. Uneori, poate să apară un cromozom în plus, fie el X sau Y. Acesta pare să producă un individ cu înălţime supramedie, cu un QI mediu mai scăzut şi cu un comportament antisocial şi agresiv.

O primă anomalie, denumită *sindromul Klinefelter*, cuprinde extracromozomul X (44 + XXY). Subiecţii cu această anomalie au un fizic mai masculin, sunt mai înalţi, slabi, barbă rară sau absentă, o pilozitate pubiană de tip feminin. Din punct de vedere psihic, aceşti subiecţi se caracterizează prin: timiditate, pasivitate, tendinţe ipohondrice, depresie şi, uneori, tulburări psihice grave. Bărbaţii XXY sunt sterili, iar femeile XXY sunt o excepţie (ele au organe genitale externe feminine, dar cu testicule). Sindromul apare de 5 până la 10 ori mai frecvent printre criminali, decât în populaţia generală. Unele cercetări sugerează faptul că, subiecţii prezintă o propensiune spre transgresiuni polimorfe (agresiune, furt din motive fetişiste, pedofilie, voyeurism etc.), cu o clară preponderenţă însă a devianţei de natură sexuală.

Cealaltă anomalie, rezultă din prezenţa extracromozomului Y. Subiecţii aparţinând acestei anomalii (44+XYY) au o alură masculină, adesea înalţi. Ei prezintă şi o configuraţie aparte a urechilor, calviţie şi miopie, dar aceste trăsături nu sunt constante. Indivizii cu un XYY sunt, se pare, mai predispuşi la delincvenţă, deoarece sindromul (descoperit în mediul penitenciar) apare cu o frecvenţă mult mai mare la puşcăriaşi comparativ cu populaţia generală. Indivizii XYY prezintă un coeficient de inteligenţă sub medie, sunt imaturi şi instabili, par să aibă un prag coborât pentru controlul agresivităţii în situaţii de frustrare sau de provocare. Totuşi, unii dintre indivizi sunt bine adaptaţi la viaţa socială, iar

în închisori nu se află doar delincvenţi cu acest sindrom. De aceea, al 47-lea cromozom – în mod deosebit Y – nu poate fi considerat "cromozomul ucigaş", iar purtătorii lui nu sunt "ucigaşi înnăscuţi", aşa cum s-a crezut câtva timp (C. Panfil, 1984).

Numărul anomaliilor cromozomiale este mult mai mare (s-au descoperit femei cu 4 sau 5 cromozomi X şi bărbaţi cu 3 cromozomi X şi doi Y etc.). Diferenţele de ordin fizic sau psihic nu apar întotdeauna, iar Witkin şi colaboratorii săi (1976) susţineau faptul că nu anomalia cromozomială (XYY), ci *valoarea scăzută a QI celor care sunt purtătorii ei ar fi cauza comportamentului criminal.*

Legătura existentă între particularităţile fizice şi cele psihice şi comportamentale apare şi în *teoriile constituţionale*. Acestea au în comun ideea unei corelaţii între tendinţele deviante şi tipul somatic.

E. Kretschmer este autorul tipologii constituţionale cuprinzând patru tipuri somatice: picnic, astenic, atletic şi displastic. Fiecare tip ar avea o înclinaţia specifică spre anumite infracţiuni.

Tipul picnic se caracterizează prin silueta de statură mijlocie, excesul ponderal, faţă plină, mâinile şi picioarele groase şi scurte, cavităţile bine dezvoltarea (toracele şi abdomenul). Tipul psihologic corespunzător lui este cel ciclotimic, caracterizat prin: vioiciune, optimism, umor, sociabilitate, superficialitate în relaţiile cu ceilalţi, înclinaţia spre concesii, pragmatism etc. Din punctul de vedere al propensiunii spre devianţă, tipului picnic îi este specifică o criminalitate tardivă şi vicleană (înşelătoria, frauda etc.).

Tipul astenic este dezvoltat pe verticală: are corpul alungit şi slab, greutate inferioară celei normale, osatura fină, extremităţile alungite, musculatura slab dezvoltată. Lui îi corespunde psihotipul schizotimic, caracterizat prin: interiorizare, sensibilitate pentru forma a relaţiilor interumane, pedanterie, demnitate, ambiţie etc. Infracţiunile specifice acestui tip sunt cele patrimoniale (furt, abuz de încredere etc.).

Tipul atletic este bine proporţionat fizic, cu toracele şi musculatura mai bine dezvoltate. Trăsăturile psihice specific somatotipul atletic sunt: înclinaţia spre activităţi care implică un consum energetic ridicat (sportive, militare etc.), trăiri emoţionale stenice, încrederea în sine, echilibrul emoţional ş.a. Tipul atletic se caracterizează, de asemenea, prin agresivitate ridicată (omoruri, tâlhării) şi prin tendinţa spre recidivă.

Tipul displastic prezintă diverse malformaţii congenitale şi deficienţe sexuale şi intelectuale. Incluzând un mare număr de debili mintal şi schizofreni, displasticii comit mai frecvent delicte sexuale.

O altă tipologie constituţională este cea a lui W. Sheldon. El a stabilit existenţa tot a patru tipuri constituţionale, ca moduri specifice de îmbinare a caracteristicilor fizice şi psihice. Somatotipurile şi psihotipurile corespunzătoare lor sunt: tipul endomorf (visceroton), ectomorf (cerebroton), mezomorf (somatoton) şi echilibrat. Fără a mai detalia şi această tipologie, vom menţiona faptul că Sheldon a comparat 400 de subiecţi, jumătate delincvenţi, jumătate nondelincvenţi şi a constatat că, în proporţie de 60%, delincvenţii aparţineau somatotipului mezomorf (bine proporţionat fizic, asemănător atleticului lui Kretschmer). Corelaţia mezomorfie-criminalitate nu reprezintă o explicaţie cauzală a devianţei, din moment ce numeroşi sportivi, militari, bodygarzi sunt bine adaptaţi în mediul lor social (N. Mitrofan şi colab., 1992).

Sheldon şi Eleanor Glueck (1950) au verificat concluziile lui William Sheldon pe un eşantion foarte mare, format din 500 de delincvenţi şi 500 de nondelincvenţi. Scopul a fost acela de a vedea dacă tendinţa spre devianţă are în principal cauze fizice sau socio-culturale. Seriozitatea cu care au

realizat ancheta nu a fost pusă la îndoială. Concluziile lor reflectă limitele teoriei constituţionale. Deşi au găsit preponderenţă a mezomorficilor în rândul delincvenţilor, de 60,1%, faţă de doar 30,7% în populaţia nondeviantă, cei doi soţi au susţinut ideea unei determinări mai complexe a devianţei, printr-un ansamblu de însuşiri fizice, psihice şi sociale, în care rolul decisiv revine factorilor psihologici.

Ei au admis existenţa unei structuri care predispune la delincvenţă, în urma constatării precocităţii comportamentului deviant. Originea ei se află în lipsa educaţiei familiale adecvate, fie datorită absenţei părinţilor (separare, divorţ), fie datorită lipsei de afecţiune şi incompetenţei parentale. În baza rezultatelor anchetei întreprinse, soţii Glueck au elaborat tabelele de predicţie socială plecând de la 402 variabile grupate în şapte categorii de factori predictivi (constituţia fizică, inteligenţa, structura personalităţii (caracterială), temperamentul, originea şi raporturile familiale, parcursul şcolar, timp liber şi obişnuinţe), consemnează A. Ogien (2002, p.47). Deşi unii cercetători au admis valabilitatea acestor tabele, ele nu reuşesc să răspundă unor întrebări banale: întotdeauna chiulul şi indisciplina sunt indiciile delincvenţei viitoare? Dacă există o structură internă predispozantă a devianţei şi dacă tabele permit predicţia devianţei mai este posibilă o acţiune eficientă de prevenţie?

Toate aceste perspective teoretice – la care se adaugă şi teoriile propriu-zis psihologice - au în comun tendinţa de a explica comportamentul criminal prin factorii de natură individuală, factorilor exteriori fiindu-le rezervat doar un rol secund, minimal.

3. Teoriile psihologice

Interesate de cunoaşterea specificităţii mecanismelor psihologice ale deviantului, teoriile psihologice sunt, în marea lor majoritate, de sorginte psihanalitic. Din teoria lui S. Freud cu privire la cele trei instanţe psihice (inconştientul, subconştientul şi conştientul, iar ulterior, sinele, eul şi supraeul) se desprinde ideea disputei dintre acestea pentru determinarea conduitei individului. Lucrările sale cuprind şi unele observaţii utile în înţelegerea devianţei sau cu privire directă la comportamentul criminal, cum ar fi:

- evenimentele din prima copilărie sunt hotărâtoare în evoluţia normală sau patologică, adecvată sau deviantă a individului;
- transgresarea unor norme reprezintă satisfacerea unor dorinţe refulate, iar dorinţele sunt expresii ale instinctelor. Complexul oedipian, ca nucleu al tuturor nevrozelor, dă naştere şi păcatului originar: uciderea tatălui şi relaţia incestuoasă cu mama;
- orice criminal suferă de o nevoie compulsivă de a fi pedepsit, pentru scăpa de copleşitoarea vinovăţie cauzată de sentimentele incestuoase inconştiente;
- crima şi pedeapsa au o origine comună, instinctuală.

Ideile lui Freud au fost continuate şi dezvoltate de Fr. Alexander şi H. Staub (1956), în *teoria criminalului nevrotic*. Cei doi autori au susţin că toţi oamenii sunt criminali înnăscuţi, adică neadaptaţi social în momentul venirii lor pe lume. Eşecul în procesul complex al adaptării este cel care conduce la apariţia primelor delicte, diferenţele dintre criminali (devianţi) şi non-criminali apărând mai clar între 4 şi 6 ani. Dacă nu este rezolvat optim şi la timp, complexul oedipian devine generatorul central al devianţei. Vinovăţia resimţită de băiatul care a nutrit sentimente de ostilitate faţă de tatăl său şi de atracţie faţă de mama sa, trebuiesc depăşite, pentru ca dezvoltarea sa psihică să fie normală. Primul act rebel comis în copilăria timpurie constă în violarea normelor curăţeniei. Momentul în care copilul reuşeşte să-şi controleze activitatea sfincterială constituie debutul interiorizării normelor şi al procesului de adaptare la

acestea. Prin urmare, criminalitatea este atribuită nevroticilor, conflictelor lor interne, inconştiente, sentimentelor de insecuritate, inadecvare şi inferioritate, tentativelor nereuşite de reprimare a tendinţelor libidinale, hedonist criminale (T.S. Butoi şi I.T. Butoi, 2001). Personalitatea nevroticului se evidenţiază prin tendinţele agresive generate de numeroase frustrări, eşecuri şi prin teama de propria sa violenţă.

Opoziţia dintre principiul plăcerii, propulsat de sinele centrat pe viaţa biologică, şi conştiinţa morală elaborată de supraeu, este mediată de către eu, care răspunde de principiul realităţii. Presiunile sinelui asupra eului sunt generatoare de devianţă, de tulburarea echilibrului psihic, de bizareriile comportamentale şi manifestările morbide. Pornind de la aceste premise, Kate Friedlander (1951) aprecia că procesul adaptării sociale cuprinde trei etape distincte: cea a formării relaţiilor dintre copil şi părinţi, cea a formării supraeului şi etapa formării relaţiilor de grup familiale.

Prima etapă cuprinde fixaţiile libidoului şi complexul oedipian. Ea este socotită a fi cea mai importantă datorită importanţei rezolvării complexului originar. În cea de-a doua etapă copilul se identifică cu părinţii, pe care tinde să îi imite. Dacă "modelele" parentale sunt deviante, şansele apariţiei conduitei criminale creşte foarte mult. În cea de-a treia şi ultima etapă, copilul îşi însuşeşte relaţiile specifice grupul familial, ca variantă miniaturală a mediului social. De aceea, mediul familial are un rol mult mai însemnat în evoluţia normală sau deviantă a copilului. Carenţele afective ale mamei determină o sub-dezvoltare afectivă a copilului şi, implicit, comportamentul criminal (deviant).

Autoarea a subliniat astfel, încă o dată, rolul crucial al experienţelor din copilărie în profilarea conduitei ulterioare criminale sau deviante. Această variantă a teoriei psihanalitice pregăteşte terenul explicaţiilor cauzale care vor considera factorii de mediu şi cei societali ca fiind elementele etiologice esenţiale, şi nu cele secunde, ale apariţiei fenomenelor deviante.

În aceeaşi categorie pot fi incluse şi contribuţiile a criminologilor E. de Greeff şi J. Pinatel, situate la o mai mare sau mai mică distanţă de teoriile psihanalitice. Întemeietorul criminologiei clinice, Etienne de Greeff (1947) a considerat că personalitatea este determinată de ansamblul tendinţelor instinctive, organizate conform preocupărilor inteligenţei, ce formează structura afectivă a persoanei. *Teoria instinctelor* susţine că pornirile instinctuale nu se opun inteligenţei şi nu pot fi separate de ea (V. Cioclei, 2002).

Structura afectivă include *instinctele de apărare a eului*, care au la bază agresivitatea şi care tind spre o subordonare a individului faţă de legile morale, şi *cele de simpatie*, care asigură conservarea speciei, depăşirea egocentrismului şi acceptarea totală a celuilalt. Deoarece, nici una din aceste categorii de instincte nu se poate realiza integral, viaţa psihică se desfăşoară sub imperiul echilibrului precar creat de conflictul dintre cele două tipuri de tendinţe afective. De Greeff conchidea că tulburările de caracter şi limitele inteligenţei conduc la realizarea actului deviant. Prin aceasta, criminologul belgian depăşeşte limitele explicaţiei cauzale şi anticipează teoriile non-cauzale, ale trecerii la act.

Teoria personalităţii criminale, propuse de criminologul Jean Pinatel, sugerează faptul că orice om, în condiţii excepţionale, poate deveni criminal. Oamenii diferă însă între ei în funcţie de *pragul lor delincvenţial*: unii au nevoie de instigări exterioare foarte puternice, iar alţii de instigări uşoare pentru a recurge la actul criminal. Această diferenţă graduală dintre indivizi constituie *nucleul personalităţii criminale*, o structură dinamică, care nu este dată ereditar. Componentele acestui nucleu sunt:

- *egocentrismul*, reprezintă tendinţa subiectului de a raporta totul la sine;

- *agresivitatea,* constituie un ansamblu de conduite ostile care se pot manifesta în plan conştient sau inconştient, mergând de la atitudinea pasivă de refuz de ajutor până la violenţa fizică. Ea apare ca o modalitate de eliminare a obstacolelor;
- *indiferenţa afectivă*, se manifestă prin răceala faţă de ceilalţi, prin lipsa înclinaţiei spre simpatie şi altruism;
- *labilitatea*, indică o deficienţă de organizare persistentă în timp, oscilarea dispoziţiei dincolo de modificările evenimentelor externe.

În sine, aceste componente sunt normale la o anumită vârstă sau în anumite situaţii. Reunirea şi interacţiunea lor generează devierile de conduită. Împreună cu concepţia lui de Greeff, teoria personalităţii criminale a pregătit "lansarea" teoriilor non-cauzale.

4. Teoriile sociale

Unii autori au considerat că nu putem înţelege devianţa şi nucleul ei penal dacă ţinem seama doar de factorii personalitate. Mult mai importanţi ar fi factorii de mediu. Această idee apare, spre exemplu, la Clifford Show şi Henry Mac Kay (1942), care au ajuns la concluzia că mediul în care un individ evoluează impune un cadru constrângător pentru deprinderile şi modurile lui de acţiune. Ei au verificat dacă există o corelaţie între rata criminalităţii şi locul de domiciliu şi au identificat "zonele delincvenţiale" ale oraşului Chicago, cele care furnizează în mod constant numărul cel mai mare de delincvenţi. Cele trei caracteristici ale acestor zone - sărăcia, mobilitatea ridicată şi heterogenitatea populaţiilor - contribuie la slăbirea controlului social, arătau Show şi Mac Kay. Criminalitatea este astfel explicată prin slăbirea constrângerilor exercitate de familie, şcoală, poliţie, justiţie, religie etc.

O dezvoltare a acestui punct de vedere apare la criminologul John Braithwaite (1989), care susţine că în delincvenţă sunt implicaţi prin excelenţă:

- indivizii de sex masculin;
- indivizii cu vârsta cuprinsă între 15 şi 25 de ani;
- indivizii celibatari;
- indivizii care trăiesc în mediul urban, mai ales din marile oraşe;
- indivizii care prezintă o mai mare mobilitate rezidenţială sau care trăiesc în cartiere cu o mobilitate ridicată a populaţiei.

Dacă aceşti indivizi ar fi puternic atraşi de activităţile şcolare şi ar avea aspiraţii şcolare şi profesionale înalte, atunci şansele ca ei să se implice în activitatea infracţională ar fi mai reduse. Riscul urmării unei cariere infracţionale creşte atunci când şi indivizii se confruntă cu eşecul şcolar şi când se asociază cu persoane delincvente. De asemenea, riscul devianţei este mai redus atunci când indivizii întreţin o relaţie apropiată cu părinţii lor, când cred în importanţa respectării legii, când aparţin categoriilor favorizate ale societăţii şi nu cartierelor sărace, mediilor infracţionale, familiilor dezorganizate, minorităţilor etnice, marginalilor etc.

Soţii Glueck subliniaseră cu mult timp înainte faptul că mediul nefavorabil, carenţele afective şi proastele relaţii dintre părinţi şi copii constituie factori cauzali ai delincvenţei juvenile. Aceşti factori sunt consideraţi a avea o valoare predictivă ridicată în apariţia delincvenţei.

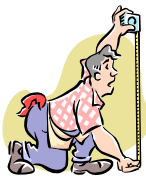
De asemenea, studiile asupra abuzului sau neglijării suferite de copil în familia sa sugerează existenţa unei corelaţii semnificative puternic pozitive între maltratarea copilului şi comportamentul antisocial ulterior al acestuia. Abuzul este perceput de către copil ca un model comportamental.

Indiferent dacă îi spunem "identificare cu agresorul" sau "imitaţie", este cert faptul că, modul de comportament al părinţilor este preluat şi urmat şi de copii. Abuzul în sine poate provoca tulburări ale sistemului nervos central, care se manifestă clinic de cele mai multe ori prin labilitate emoţională, accese de violenţă şi dificultăţi de autocontrol. Ele pot genera şi tulburări psihice la copiii care în alte condiţii nu ar suferit de asemenea boli. Deşi este greu de stabilit cauza agresivităţii sau de măsurat gravitatea acesteia, este foarte probabil că abuzul extrem şi iraţional, suferit de majoritatea delincvenţilor, a contribuit la apariţia comportamentului lor agresiv.

După al doilea război mondial, rata criminalităţii a crescut în majoritatea ţărilor dezvoltate, cu două excepţii: Japonia şi Elveţia. În cazul acestora din urma, menţinerea tradiţiei şi a presiunii sociale puternice a permis funcţionarea eficientă a inhibiţiei (conduitei deviante), graţie sentimentului ruşinii pe care infractorul îl trăieşte în faţa membrilor comunităţii sale. Relaţia dintre sancţiune şi semnificaţia sa, aversiunea faţă de actul delictual nu mai este realizată de infractorul din societăţile dezvoltate. În acest sens, Braithwaite invoca necesitatea revenirii şi resuscitării "ruşinii pozitive". El nu a indicat însă cum ar putea fi realizat acest lucru.

Dezvoltarea societăţii a condus implicit la sporirea oportunităţilor criminale. Creşterea frecvenţei celibatului şi munca la distanţă mare de domiciliu, spre exemplu, ar putea explica creşterea ocaziilor de agresiune, omoruri, tâlhării, violuri. La aceşti factori favorizanţi se alătură neprevederea şi nepăsarea victimelor, care nu se protejează suficient, care se expun şi, prin aceasta, încurajează agresiunile, arătau L. Cohen şi M. Felson (1979).

În "*A supraveghea şi a pedepsi*" (1997), Michel Foucault a realizat o incursiune istorică şi o critică a sistemului penitenciar. Dreptul penal modern şi închisoarea apar ca instrumente ale puterii prin care acesta încearcă să reprime delincvenţa, pentru menţinerea ordinii sociale. În acest scop, măsurile punitive şi practicile de sancţionare trebuie să se modifice constant, odată cu schimbările şi tendinţele înregistrate în viaţa socială.



A C T I V I T A T E

Prezentaţi comparativ meritele teoriilor cauzale prezentate în acest capitol.

II.4. TEORIILE CAUZALE COMPREHENSIVE

1.Teoria asocierilor diferenţiale

Criminologul Edwin Sutherland, unul dintre reprezentanţii Şcolii de la Chicago, a prezentat teoria asocierilor diferenţiale în lucrarea "*Principii de criminologie*" (1934). Teoria sa poate fi redusă la următoarea idee: comportamentul criminal se învaţă. Prin urmare, individul nu se naşte cu unele predispoziţii care îl împing spre rău şi nici nu este impregnat de mediul socio-cultural cu anumite obiceiuri. Devianţa nu apare ca ereditară sau ca rezultat al imitaţiei (în accepţiunea dată de G. Tarde). Autorul a pornit de la premisa că, în viaţa socială indivizii tineri sau adulţi întâlnesc modele pozitive sau conformiste şi negative sau non-conformiste de conduită, pe care şi le însuşesc în cadrul procesului de învăţare socială. Procesul învăţării devianţei nu este unul liniar, ci include mai multe trăsături şi momente, rezumate de Sutherland (cf. A. Ogien, 2002, pp.100-101) în următoarele propoziţii:

1. comportamentul criminal nu este înnăscut, ci dobândit prin învăţare;

2. comportamentul criminal se învaţă în cadrul procesului de comunicare şi interacţiune cu ceilalţi;
3. cea mai mare parte a învăţării comportamentului criminal este realizată în relaţia cu un număr restrâns de persoane;
4. învăţarea comportamentului criminal presupune: dobândirea unor tehnici specifice (mai mult sau mai puţin complicate), adoptarea anumitor motive, scopuri, atitudinii şi justificări;
5. orientarea specifică a motivelor are la bază definirea favorabilă sau defavorabilă a codurilor de lege;
6. conduita criminală apare ca urmare a predominării interpretărilor defavorabile a legilor;
7. asocierile diferenţiale pot varia în privinţa frecvenţei, duratei, intensităţii şi anterioritătii;
8. ca şi alte tipuri de învăţare a practicilor şi abilităţilor sociale, comportamentul criminal se învaţă prin asocierea cu modelele criminale sau non-criminale;
9. comportamentul deviant are la bază aceleaşi necesităţi şi valori ca şi conduitele non-criminale.

Această sinteză a teoriei sugerează faptul că, angajarea pe calea crimei (asocierea) depinde de proximitatea sau distanţa (diferenţială) de anumite interpretării ale normelor sociale. Indivizii criminali sunt confruntaţi mai mult cu modele criminale, oferite de cei care nu recunosc sau nu respectă prevederile legale.

Rolul conflictelor culturale în geneza devianţei a fost subliniată şi de Thorsten Sellin, în lucrarea sa "*Conflictul cultural şi crima*" (1938). Prin conflict cultural autorul înţelegea divergenţa normelor şi valorilor morale şi de conduită. Situaţiile generatoare de conflicte pot fi rezumate la doar trei: 1. Conflictul poate să apară între două atitudini morale, bazate pe valori diferite (de ex., asimilarea legislativă prea rapidă, ca în cazul colonizărilor sau al modernizării legislaţiei unei ţări); 2. Conflictul se poate rezulta din legile arbitrare (ca cele din starea de ocupaţie), care favorizează un număr restrâns de indivizi; 3. Conflictul poate să apară între legile diferite ale unor grupuri sociale (majoritatea-minoritate, autohtoni-imigranţi etc.). Conflictele dintre culturi favorizează asocierile diferenţiale, afirmase şi E. Sutherland.

Deşi subliniază rolul perspectivei interacţionistă în apariţia devianţei şi a modului de organizare al grupurilor cu care individul intră în contact, Sutherland a făcut abstracţie de problematica motivaţiei actului deviant, de motivele pentru care indivizii se asociază diferit. Teoria are o putere explicativă considerabilă în domeniul delincvenţei juvenile (S.M. Rădulescu şi D. Banciu, 1990). Astfel, chiar dacă tinerii îşi interiorizează în decursul procesului socializării multe dintre normele transmise în familie sau şcoală, ei pot dobândi comportamente deviante (inclusiv criminale) în cercul lor de prieteni. Aşa se întâmplă în cazul consumului de alcool, de droguri sau al violenţei juvenile. Sunt însă şi minori care deşi evoluează într-un mediu infracţional, nu ajung să comită acte condamnabile social. Deşi Sutherland a susţinut că nu toţi indivizii susceptibili de a deveni devianţi ajung delincvenţi, el nu a oferit o explicaţie convingătoare a acestui fapt.

2. Teoria anomiei

Emile Durkheim a introdus noţiunea de *anomie* în lucrarea sa "*Diviziunea muncii sociale*" (1893), ca noţiune diagnostic pentru criza societăţii moderne. Accepţiune conferită conceptului a fost aceea de stare de dereglare normativă, de perturbare a conştiinţei colective şi a moralităţii, care împiedică indivizii să dezvolte conduite adecvate, în funcţie de repere clare. Perioadele marilor schimbări sociale sunt întotdeauna acompaniate de starea de dezorientare normativă, de conflictul dintre vechile şi noile norme, de contradicţia dintre scopurile şi regulile acţiunii. *Anomia nu este o stare*

patologică, ci indicatorul de probabilitate al apariţiei sale în corpul social. Anomia devine un factor explicativ al devianţei, societăţile moderne fiind caracterizate de Durkheim printr-o mai mare tendinţă spre dezordine, schimbare socială şi devianţă.

Ca absenţă a limitelor acţiunii, anomia este starea care împiedică diviziunea munci în societatea modernă datorită crizelor economice, antagonismului dintre muncă şi capital şi datorită dislocării ştiinţe ca întreg în ramuri specializate şi dispersate. Aceste forme patologice ale anomiei sunt considerate normale, fiind vorba de o patologie de tranziţie, firească, şi nu de o stare funciară.

Ca limitare excesivă a câmpului acţiunii, anomia este reluată şi prezentată de Durkheim în lucrarea "*Despre sinucidere*" (1897, 1993). Sesizând creşterea excesivă a numărului sinuciderilor din perioada crizelor economice, sociologul francez a transformat suicidul într-un simptom important al crizei. Actul de autoagresiune nu mai poate fi interpretat utilitarist, pornind de la caracteristicile personale ale indivizilor, de la căutarea interesului individual. Durkeim a evidenţiat existenţa presiunilor exercitate de către societate asupra indivizilor, numite "curente suicidogene" (S.M. Rădulescu, 1999, p. 68). Organizarea lucrării se bazează pe ipoteza că există trei tipuri principale de sinucidere, fiecare cu propria cauzalitate: sinuciderea egoistă, sinuciderea altruistă şi cea anomică. Într-o notă de pagină, Durkheim indica şi tipul sinuciderii fataliste, considerată a fi foarte rară în epocă.

Sinuciderea egoistă apare ca urmare a individualizării excesive, a scăderii gradului de coeziune socială şi al integrării indivizilor în comunitate În ţările catolice ratele sinuciderii sunt foarte scăzute, în timp ce, în spaţiile *protestante* sunt mai ridicate. Variaţiile sunt explicate prin gradul de integrare religioasă, protestanţii având mai puţin ataşaţi de biserica lor deoarece au mai puţine practici şi credinţe comune. Apartenenţa la un grup social bine structurat necesită şi interiorizarea mai multor norme sociale, care direcţionează mai precis conduita persoanei. Aceasta diminuează şansele apariţiei devianţei. De aceea, persoanele cu familie şi copii cunosc rate mai scăzute ale sinuciderii decât *persoanele văduve* sau *celibatare*. De asemenea, în timpul revoluţiilor sau războaielor, normele clare orientează spiritele spre un ţel comun, ratele sinuciderii fiind mai coborâte. Durkheim concluziona că, sinuciderea variază în raport invers proporţional cu gradul de integrare a societăţii religioase, domestice şi politice. Sinucigaşul egoist este caracterizat din punct de vedere psihologic prin depresia manifestată fie ca apatie melancolică, fie ca indiferenţă epicuriană.

Sinuciderea altruistă este opusul celei egoiste, rezultând din integrarea prea puternică a individului în grupurile particulare şi în societate. La eschimoşi, *bătrânul* devenit o povară pentru familie acceptă să moară în frig. La fel, *militarii* europeni - mai ales cei care fac parte dintr-un corp de elită - înregistrează rate foarte ridicate ale sinuciderii. Sinuciderea *soţiei* la moartea soţului, a *servitorului* la moartea stăpânului sunt alte exemple de sinucidere altruistă. Este ca şi cum societatea ar exercită o autoritate excesivă asupra individului, obligându-l să renunţe la propria sa persoană şi impunându-i, implicit, sacrificarea vieţii. Acest formă de sinucidere este adesea activă, generoasă şi voluntară.

În cazul *sinuciderii anomice* cauza este slăbirea şi chiar dispariţia unor norme sociale, aşa cum se întâmplă în perioadele de recesiune sau de dezvoltare economică rapidă, în general, în perioadele marilor schimbări sociale. În epocile sau sectoarele de activitate caracterizate prin continua efervescenţă oamenii îşi iau mai des viaţa (mai rar în agricultură, mai frecvent în industrie sau comerţ). Acţiunea regulatoare a grupului social nu se poate exercita în perioadele de schimbări rapide, iar cel care este lipsit de controlul exterior este liber de restricţiile impuse de membrii societăţii şi, fiind liber,

este pierdut. Individul are impresia că îşi pierde orientarea, iar ideea suicidului poate să apară ca unic mijloc de a scăpa de tensiunea acumulată.

Sinuciderea fatalistă este o formă a morţii voluntare apărute mai curând ca produs logic al clasificării realizate de Durkheim şi mai puţin din constarea ei empirică. Fiind opusul sinuciderii anomice, suicidul fatalist rezultă din excesul de constrângere externă sau interioară (de exemplu, a viitorului fără perspective, a inhibării pasiunilor şi nevoilor de către Supra eul excesiv de autoritar etc.). Este vorba de sinuciderea soţilor prea tineri, a soţiei fără copii.

Analizând fluctuaţiile statistice ale sinuciderii, Durkheim arăta că orice conduită poate deveni anomică atunci când se înregistrează creşteri sau descreşteri anormale ale incidenţei sale medii; ea poate deveni incele funcţionării normale a structurii sociale.

Robert Merton a dezvoltat teoria anomiei în lucrarea "*Teoria socială şi structura socială*" (1957), el considerând asemenea lui Durkheim că, delincvenţa este o problemă intim legată de structura socială, ce variază în funcţie de acesta din urmă.

Anomia este definită ca o stare socială de slăbire sau absenţă a normelor, care anulează coeziunea dintre membrii unei societăţi şi care apare atunci când există un decalaj prea mare între *scopurile* şi interesele culturale considerate dezirabile, legitime şi *mijloacele* sau procedeele considerate acceptabile în atingerea acestor scopuri. Un echilibru efectiv între scopuri şi mijloace poate exista atâta timp cât dubla conformare le asigură indivizilor realizarea intereselor personale. De aceea, singura formă de adaptare considerată permisă şi acceptabilă (generată de echilibrul scopuri-mijloace) este numită de Merton conformism. Celelalte forme de adaptare la starea anomică - de disociere dintre mijloace şi scopuri - sunt considerate deviante (inovaţia, ritualismul, retragerea şi răzvrătirea). Ele sunt produsul anomiei, ca absenţă a normelor ce produce dezorganizarea socială.

Toate modurile de adaptare ale individului sunt determinate de presiunile exercitate de structura socială şi nu de impulsurile indivizilor. Dar, presiunea nu se distribuie uniform în toate straturile şi categoriile sociale, astfel încât unele dintre acestea sunt mai vulnerabile decât altele. Devianţa este explicată chiar prin intermediul conformării la presiunile în direcţia alegerii unor moduri de acţiune deviante.

Câteva dintre limitele teoriei metoniane sunt: 1. ambiguitate conceptuală şi lipsa consistenţei interne a enunţurilor; 2. Merton a considerat că în societate există un consens valoric. În realitate, în societăţile pluraliste funcţionează un ansamblu de sisteme valorice între care nu există neapărat raporturi consensuale; 3. nu explică geneza formelor devianţei sexuală (homosexualitate, viol etc.).

3. Teoria subculturilor deviante

Explicaţiile sociologice subculturale consideră că actele deviante nu sunt expresia încălcării normelor, ci a conformării la normele şi valorile unei anumite subculturi. Dacă devianţa era explicată de R. Merton prin intermediul anomiei sau lipsei normelor, A. Cohen a negat faptul că o conduită poate fi evaluată ca deviantă în afara unei ordini normative şi a introdus noţiunea se *subcultură delincventă* pentru a explica actele deviante juvenile. Conceptul este definit prin "ansamblul de normele şi valori care definesc grupuri marginalizate, ale căror atitudini sau stiluri de viaţă contrastează puternic cu cele ale societăţii, în ansamblul ei" (S.M. Rădulescu, 1998, p.107). La Cohen o societate este un ansamblu de subsisteme de valori, care au o afinitate mai mică sau mai mare cu prescripţiile legale, ceea ce înseamnă că o subcultură nu este o lume autonomă, ci una care participă la sistemul societal global.

Această participare nu garantează consensul dintre ordinea normativă a unei subculturi şi cea acreditată prin lege.

Subcultura delincventă nu se formează endogen, nu se transmite prin tradiţie şi nu reprezintă suportul identităţii, aşa cum gânditorii culturalişti au definit "cultura". Cele trei caracteristici esenţiale ale subculturii deviante specifice bandelor de tineri, sunt potrivit părerii lui A. Cohen, următoarele:

- *neutilitară*, în sensul că nu se urmăreşte neapărat un scop instrumental, cum ar fi furtul pentru intrarea în posesia unui anumit obiect sau pentru asigurarea ascensiunii sociale (a depăşirii condiţiei socio-economice sau îmbogăţirea);
- *rău intenţionată*, delictele fiind comise cu scopul intenţionat de a face rău, de a distruge sau de a sfida;
- *negativă*, deoarece conduitele se află în opoziţie sistematică faţă de normele stabilite.

Subcultura delincventă nu apare în conflict sau indiferentă la normele societăţii adulte "respectabile", ci printr-o polarizare negativă: ea îşi extrage normele proprii din cultura globală, dar le inversează sensul (A. Cohen, 1955, p. 26). De aceea, motivaţia conduitei deviante juvenile pare a fi căutarea infracţiunii pentru plăcerea oferită prin ea însăşi, pentru dobândirea unui sentiment al apartenenţei, care poate anula complet celelalte aspecte ale identităţii sociale (familiale, socioculturale, etnice, religioase etc.).

Observând faptul că mulţi dintre tinerii delincvenţi fac parte din familiile clasei muncitoare, Cohen a considerat că acest fapt se poate fi explicat prin decalajul dintre nevoile indivizilor şi accesibilitatea mijloacelor de satisfacere a lor. Diferenţa mare dintre valorile culturii dominante, vehiculate în şcoală şi în mijloacele mass-media, şi cele deprinse în mediul familiar, imediat înconjurător, favorizează apariţia eşecului şi a umilinţei la copiii din mediile populare. Un mijloc prin care tinerii "perdanţi" pot ieşi din situaţia cu care se confruntă "constă în repudierea şi retragerea din joc, în refuzul de a recunoaşte autoritatea regulilor şi în născocirea de noi jocuri cu propriile lor reguli sau criterii de statut, reguli prin care ei se pot realiza în mod satisfăcător (A. Cohen, 1971, p. 134). Astfel, delincvenţa juvenilă este explicată prin incapacităţii de a face faţă tensiunii mari provocate de decalajul universurilor normative cunoscute.

Introducând noţiunea de "ocazie" şi "structură a ocaziei", Richard Cloward şi Lloyd Ohlin (1960) au revenit asupra tipologiei adaptărilor deviante propuse de R. Merton, adăugând noţiunilor de scopuri şi mijloace, termenul de "mijloacele ilegitime". Mijloacele (legitime sau ilegitime) sunt limitate şi accesibile în funcţie de poziţia ocupată de individ într-un sistem. Ele necesită învăţarea unor roluri şi existenţa ocaziilor în care rolurile să poată fi puse în aplicare (de exemplu, frecventarea unei reţele infracţionale, aderarea la o organizaţie criminală, participarea efectivă la o crimă etc.)

În acelaşi timp, trăsăturile atribuite de Cohen subculturii delincvente (neutilitară, rău intenţionată şi negativă) nu mai sunt suficiente pentru Cloward şi Ohlin. Ei au apreciat că subcultura delictuală cuprinde trei tipuri distincte: criminală, conflictuală şi de evaziune care se diferenţiază după tipul de acces pe care un grup sau altul îl are la mijloacele ilegitime.

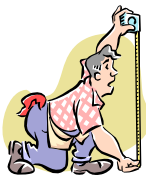
Subcultura criminală are patru caracteristici (cf. A. Ogien, 2002, p. 117): 1. socializarea deviantă se face prin contactul direct cu infractorii, care propun scopuri culturale şi mijloace de reuşită socială admirate; 2. trecerea la lumea delincvenţei se face prin învăţarea socială, în funcţie de sarcinile primite de noul venit în reţeaua delictuală; 3. definirea rolului criminal necesită existenţa unor relaţii codificate între lumile legitimă şi ilegitimă; 4. conformitatea conduitelor deviante este asigurată de

organizarea socială a criminalităţii. Criminalii îşi pot adesea cumpăra imunitatea, prin intermediul relaţiilor pe care le întreţin cu lumea politică, aşa cum se întâmplă adeseori în cazul crimei organizate, profesionale şi al extorcării organizate de bani.

Subcultura conflictuală include conduitele dezorganizate, agresive şi periculoase, specifice delictelor comise de populaţiile defavorizate: din ghetouri, suburbii, periferii, cartiere foarte sărace etc. Violenţa va apărea din frustrarea dată atât de îndepărtarea de valorile societăţii globale, cât şi de cele ale mediului criminal. De aceea, nu mai poate fi vorba de integrare în lumea criminală adultă, de codificare a relaţiilor cu lumea legitimă sau de control social puternic şi eficient. Datorită situaţiei lor precare, sunt în permanenţă hărţuiţi de poliţie, ajungând să-şi petreacă cea mai mare parte a vieţii în închisoare.

În fine, *subcultura de evaziune* vizează adaptarea deviantă al cărei scop este fuga de realitate şi uitarea lumii externe. Indivizii din această categorie trebuie să facă faţă unui "dublu eşec": ei nu pot ajunge la satisfacerea unor nevoi fireşti nici prin mijloace legitime şi nici ilegitime. Pentru Cloward şi Ohlin modelul acestei culturi îl reprezintă toxicomania. Toxicomanul nu poate fi nici individul obişnuit şi nici delincvent. În realitate, noţiunea de "dublu eşec" poate crea confuzie deoarece, lumea toxicomanilor este un univers la fel de organizat ca şi alte sectoare ale infracţionalităţii, care din cauza ilegalităţii substanţei consumate, îl obligă pe toxicoman să intre şi să întreţină relaţii constante cu el. De asemenea, şomerii de lungă durată, sau aflaţi la încheierea drepturilor, marginalii, săracii, cerşetorii pot fi încadraţi în "dublul eşec" dacă nu au acces la bunurile curente şi nici nu recurg la acte ilicite pentru a şi le procura.

La fel ca şi teoria asocierilor diferenţiale, teza subculturilor deviante susţine faptul că nu devine delincvent cine vrea şi nici oricum, devianţa constând într-un ansamblu de practici şi valori bine organizate. Principala contribuţie a lui Cohen constă în introducerea noţiunii de subcultură deviantă şi în rezolvarea pe care a dat-o problemei distribuţiei sociale a delincvenţei juvenile. La rândul lor, Cloward şi Ohlin au ca principală contribuţie nu doar rafinarea descrierii distribuţie sociale a ratelor criminalităţii (prin introducerea noţiunilor de "mijloace ilegitime" şi "structură a ocaziei"), cât mai ales considerarea naturii angajării individului în delincvenţă şi a capacităţii diferite pe care indivizii de a se implica în universul crimei drept factorii determinanţi ai fenomenului criminal (A. Ogien, 2002, p.119). Teoria lor nu reuşeşte însă să explice diferenţele mult mai numeroase dintre tinerii delincvenţi şi nondelincvenţi, decât oportunităţile diferenţiale de învăţare.



A C T I V I T A T E

Stabiliţi asemănările şi deosebirile dintre teoria asocierilor diferenţiale cu teoria subculturilor deviante.

4. Teoria etichetării

Pentru reprezentanţii interacţionismului simbolic (H. Becker, K. Erikson, E.M. Lemert, E. Goffman etc.) devianţa nu mai constituie o trăsătură sau o proprietate a unui anumit comportament ci, o însuşire *atribuită* comportamentului de către indivizii care deţin puterea şi care evaluează conduita ca fiind deviantă. Prin urmare, devianţa nu depinde doar de calitatea inerentă actului ci, ea provine mai mult din reacţiile sociale cu potrivire la acesta, din eticheta folosită de societate cu privire la actul respectiv. Teoria reprezintă o siglă sub care grupează un număr de autori şi de idei adesea divergente.

Unii reprezentanţi ai acestei teorii consideră că devianţa poate cel mai bine analizată ţinându-se seama de interacţiunea indivizilor într-un anumit context normativ. Astfel, un comportament perceput ca deviant de unul din parteneri nu poate fi repetat la nesfârşit. El va conduce fie la ruptură, fie la o formă sau alta de toleranţă - caz în care autorul actului va înceta să mai fie considerat ca deviant. Reacţiile în faţa devianţei pot genera atât o mişcare centripetă, deviantul fiind atras în acest caz să respecte normele, cât şi una centrifugă, care îl îndepărtează de conformitate. Reacţiile celuilalt (părinte, educator sau partener), care favorizează apariţia reacţiilor conformiste, trebuie să fie constante, echitabile şi moderate, bazate pe solicitudine şi pe buna cunoaştere a deviantului.

În funcţie de normele tradiţionale, de sistemul valoric al societăţii, de rolurile prescrise şi de cele jucate efectiv de indivizi, colectivităţile vor aprecia şi sancţiona diferitele comportamente sau roluri ca fiind permise sau nepermise, legitime sau ilegitime. Deşi indivizii cunosc rolurile aşteptate şi încurajate în societate, unii dintre ei nu-şi vor putea satisface nevoile prin apelul la mijloacele legitime. Apelul la mijloacele condamnabile nu exclude cunoaşterea rolurilor dezirabile, a normelor şi valorilor care funcţionează în societate. Devierea poate să apară ca urmare a anticipării şi creării unui nou rol, a înţelegerii greşite modului de realizare a unui rol sau ca urmare a proastei cunoaşteri a normelor şi valorilor societale.

"Un act nu devine deviant decât atunci face obiectul unei etichetări" este ideea lansată de Edwin Lemert, în 1967. Individul nu devine în orice condiţii deviant, aşa cum arătam mai sus, iar explicaţia acestui fapt constă, după Lemert, în funcţionarea instanţelor de represiune. Nu devianţa produce controlul social, ci controlul social generează devianţa. Inversiune are la bază distincţia dintre devianţa primară (faptul de a încălca o normă şi cea secundară (recunoaşterea oficială a încălcării de către o instanţă specializată în acest scop). Distincţia rezolvă problema "cifrei negre" a criminalităţii: reducerea devianţilor la ansamblul indivizilor aflaţi în evidenţele instituţiilor controlului social înseamnă că individul nu este considerat deviant decât atunci când infracţiunea sa este oficial recunoscută şi sancţionată. Trecerea de la devianţa primară la cea secundară nu decide automat destinul persoanei ci, deschide posibilitatea individului de a persevera în infracţiune *sau* de a o abandona.

Prin urmare, importantă devine înţelegerea modului în care se formează reacţia socială şi etichetarea. Pentru ca etichetarea să se producă, nota J.F. Sheley (1985), este nevoie ca:

- actul deviant să poate fi observat de societate;
- observaţia să fie urmată de reacţie, altminteri comportamentul nu mai apare ca deviant;
- încercarea de etichetare nu reuşeşte întotdeauna;
- negocierea etichetei, realizată între grup sau societate şi indivizii devianţi, depăşeşte caracteristicile actului infracţional (rezultatele negocierii sunt influenţate de rasa, sexul, statul socioeconomic al infractorului, de climatul social şi politic etc.);
- efectele etichetării pot fi de lungă sau scurtă durată în funcţie de reacţia indivizilor la eticheta primită, de modul în care reacţia lor este evaluată social şi amabilitatea societăţii de a negocia.

În legătură cu raportul etichetă-devianţă există cel puţin două poziţii teoretice mai mult sau mai puţin distincte: 1. cea care consideră că devianţa este un construct social (definiţia socială fiind aceea care conferă unui act caracterul criminal şi nu calităţile intrinseci ale acestuia) şi 2. poziţia care susţine că anumite caracteristici ale devianţilor sunt rezultatul unor reacţii stigmatizante. În cadrul primei abordări, unii din reprezentaţii acestei teorii au considerat socialul mai responsabil decât individul de producerea devianţei. S.H. Becker (1963), de exemplu, afirma că grupurile sociale creează devianţa

prin faptul că definesc normele a căror violare constituie devianţa şi aplică aceste norme sau reguli unor indivizi pe care îi definesc ca *outsideri*. Deviantul este un individ căruia i s-a aplicat o etichetare, iar conduita deviantă este o conduită pe care ceilalţi o etichetează ca atare.

Conform celei de-a doua luări de poziţii, evaluările negative produc, ca urmare a interiorizării lor, comportamentul auto- şi heterodistructiv al infractorilor (F. Tannembaum, 1951); delincventul devine rău pentru că definit ca rău. Maltratarea fizică, emoţională sau sexuală de care suferă unii copii îi conduce de la autoevaluarea scăzută, până la autodenigrare. În aceste condiţii, ei vor fi mai puţin preocupaţi de ceea ce li se poate întâmpla şi vor avea mai mult tendinţa de a comite acte periculoase pentru ei şi pentru ceilalţi.

Pentru anularea ambiguităţii definiţiei date devianţei, Becker a propus următoarea tipologie a actelor deviante:

	Conduita corectă	Conduita incorectă
Percepută ca deviantă	Falsă acuzaţie	Devianţă pură
Neperceputăca deviantă	Conformitate	Devianţă secretă

Autorul avertiza că sumara sa tipologie nu este valabilă decât în cazul ideal al unui sistem omogen de norme şi pentru o acţiune precisă (acelaşi individ poate însă acţiona conformist într-o anumită situaţie şi deviant în alta). De altfel, tipologia se referă mai curând la condiţiile în care o judecată de devianţă se produce şi sugerează întâietatea judecăţii celorlalţi în apariţia devianţei. Situaţiile incerte permit sesizarea procesului etichetării, ca în cazul consumului de marijuana la cântăreţii de cabaret, analizat în "*Outsiders*". Consumatorul de drog trebuie să respecte normele activităţii colective (unde şi când poate fi consumat drogul, să fie de încredere, să ocupe un loc stabil în reţeaua de aprovizionare, să ştie să (de)guste efectul substanţei etc.) şi să aplice regulile de organizare a conduitei etichetate ca deviante (să se ferească de reacţia socială, să evite neajunsurile reprimării, să-şi ascundă comportamentul etc.). Una din contribuţiile importante ale lui Becker este tocmai încercarea sa de reabilitare a deviantului, prezentat ca un individ obişnuit, dotat cu morală, voinţă şi înţelegere asemănătoare celor ale nondeviantului (din moment ce oricine încalcă într-un moment sau altul al vieţii o normă sau alta).

Descrierea devianţei este realizată de Becker prin intermediul a patru principii:

- devianţa este o calitate atribuită unui comportament printr-o judecată;
- orice formă de devianţă este o activitate colectivă, în cadrul căreia individul învaţă un rol şi se supune regulilor unei subculturi;
- actul de a deviant este asemănător cu al angajării într-o "carieră" (sau mediu organizat ierarhic);
- criteriile în funcţie de care este emisă judecata de devianţă sunt inventate de " antreprenorii morali", adică de indivizii care au puterea să impună definiţiile normalităţii şi modalităţile de menţinere a ei.

Din păcate teoria lui Becker nu reuşeşte să răspundă la întrebarea: există acte obiectiv infracţionale? Un răspuns ingenios este oferit de Melvin Pollner (1974), care a sugerat că Becker a amalgamat nefericit două modele ale etichetării: cel al simţului comun cu cel sociologic al procedurii etichetării. Noţiunile de "falsă acuzaţie" şi "devianţă secretă" ar aparţine simţului comun (conform căruia un act posedă proprietatea de a fi deviant) şi de aceea nu au ce căuta în tipologia lui Howard Becker. Modelul acestuia ar fi trebuit să se prezinte astfel:

Tipuri de conduite deviante

Percepută ca deviantă	Deviantă
Neperceputǎ ca deviantă	Nedeviantă

Pollner apreciază că interpretarea spontană a devianţei este foarte importantă, ea ocupând un rol central în formarea reacţiei sociale. Cunoaşterea comună apare ca fundamentul care oferă elementele judecăţii de devianţă.

La întrebarea "Cum să atribuim o semnificaţie comportamentului celuilalt?" a răspuns mai detaliat E. Goffman (1975, 1978). Evaluarea actelor celuilalt se realizează în funcţie de infracţiunile faţă de normele de identitate, iar devianţa apare ca momentul inaugural al redefinirii sociale a individului. Identitate socială are, potrivit lui Goffman, două dimensiuni: cea reală şi cea virtuală. Cea reală vizează caracteristicile (statutului şi caracterului) aparţinând în mod real subiectului, iar cea virtuală este cea atribuită unui necunoscut pe baza aparenţei sale. Stigmatul este orice atribut personal care produce suspiciuni în legătură cu corespondenţa dintre identitatea socială virtuală şi reală. Stigmatele pot fi greu de ascuns (diformităţile fizice, culoarea pielii, deficienţele verbale etc.) şi cele care pot fi ascunse, într-o anumită măsură (alcoolism, toxicomanie, boală mentală, un defect moral sau psihic etc.). Stigmatul vizibil face din individ o fiinţă discreditată, în timp ce stigmatul ascuns transformă individul într-o fiinţă discreditabilă. Analiza lui Goffman este merituoasă şi pentru prezentarea strategiilor utilizate de cei discreditaţi pentru a ascunde stigmatul sau pentru a se folosi de el (de la infirmul care cerşeşte, la asociaţiile handicapaţilor în scopul beneficiilor comune). Dar, stigmatul nu produce în mod automat devianţa, important fiind tipul de raport social în care este fixat stigmatizatul. Oricum, Goffman afirmă că trebuie să renunţăm la aplicarea mecanică a noţiunii de devianţă unor grupuri care ar putea suferi umilinţele excluderii şi marginalizării.

În concluzie, teoria etichetării sugerează că individul etichetat ca deviant prezintă riscul de a-şi interioriza stigmatul, de a-şi deteriora imaginea de sine, de a fi expus influenţei semenilor antisociali şi, în final, de a fi marginalizat. Astfel, devianţa şi marginalitatea sunt indisociabile: comportamentul etichetat ca deviant îl împinge pe autorul său spre marginile grupului, acolo unde presiunile uniformizatoare ale grupului nu se mai exercită sau sunt extrem de slabe.

5. Teoriile influenţei familiale

Alte explicaţii analizează procesul învăţării sociale din perspectiva activităţii de socializare a copiilor din cadrul propriei lor familii. Familia rămâne contextul social cu cea mai mare influenţă asupra dezvoltării psihice şi a sănătăţii copiilor, iar cei care ajung să manifeste un comportament deviant sau să comită diferite infracţiuni sunt adesea victimele figurilor parentale şi ale mediului familial sau de substitut. Din această perspectivă, devianţa comportamentală lejeră şi cea gravă (infracţională) sunt produsul numeroaselor carenţe şi greşeli de educaţie, al distorsiunilor şi orientării inadecvate a socializării, a dificultăţilor, conflictelor şi problemelor numeroase cu care se confruntă familiile actuale. Totuşi, nu toţi tinerii crescuţi în asemenea contexte familiale vor ajunge să manifeste comportamente deviante/infracţionale.

Datorită trendului ascendent al divorţialităţii după 1989, a crescut numărul familiilor monoparentale, reorganizate (alcătuite din doi parteneri văduvi/divorţaţi fără copii sau în care cel puţin unul dintre parteneri nu are copii din mariajul sau mariajele anterioare) sau reconstituite – în care partenerii au mai fost căsătoriţi şi ambii soţi au copii din căsătoriile anterioare, la care se adaugă şi copii

noului cuplu (vezi M.N. Turliuc, 2004). De asemenea, a crescut numărul cuplurilor care coabitează şi care procreează. Copiii sunt afectaţi de numeroasele schimbări ale mediului familial, iar mulţi dintre ei sunt mai puţin supravegheaţi în condiţiile în care familiile cu dublu de venit au devenit modelul normativ, cel mai larg răspândit.

Toate aceste dificultăţi şi carenţele ale structurii şi/sau proceselor familiale (dobândite prin decesul unui părinte, separare, divorţ sau abandon familial, apărute în condiţiile "familiei în criză" – din care lipseşte temporar un părinte datorită, de pildă, detenţiei sau spitalizării îndelungate – ale adopţiei sau ale familiilor recăsătorite) comportă riscuri mari în educaţia copiilor. Dar şi "familiile de tip gol" (în care soţii nu mai comunică aproape deloc), cele cu conflicte închise sau deschise împiedică dezvoltarea coeziunii parentale şi utilizarea ei ca pe o forţă educativă esenţială. De exemplu, atunci când există probleme maritale, taţii tind să le ofere copiilor mai puţine întăriri pozitive, să le întrerupă mai des activitatea şi să completeze sau finalizeze o sarcină în locul lor chiar înainte ca aceştia să ceară ajutorul (G.H. Brody, A.D. Pellegrini şi I.E. Sigel, 1986). Atunci când au probleme în mariaj, taţii au mai puţină răbdare cu copiii lor.

D. Baumrind (1966) a indicat câteva din *caracteristicile adolescenţilor în funcţie de nivelul responsabilităţii lor sociale*, dobândit în relaţia cu părinţii. Cei care prezintă un grad ridicat de responsabilitate socială sunt: cooperanţi, prietenoşi, empatici, altruişti, încrezători în relaţiile lor cu ceilalţi, iar interiorizarea unora dintre valorile morale prioritare ale părinţilor lor şi alegerea viitoarei profesii le asigură sentimentul de securitate, conştientizare şi acceptare a propriei identităţi. Adolescenţii cu un grad redus de responsabilitate socială sunt indecişi, frustraţi, "în derivă", disperaţi, alienaţi, lipsiţi de convingeri, de idealuri şi de obiective realiste. Ei sunt definiţi ca "marginali", "excluşi", "victime sociale", "delincvenţi" etc. Aceştia au în comun cu părinţii lor sentimentul neputinţei în faţa dificultăţilor vieţii şi al dezamăgirii produse de numeroasele eşecuri şi deziluzii.

Baumrind afirma că *aceste diferenţele îşi au originea în utilizarea unor stiluri educative parentale diferite*. În familiile definite printr-un stil de viaţă cu un nivel ridicat de responsabilitate socială, părinţii realizează un control ferm dublat de afecţiunea ridicată. Între conduitele lor nu există decalaje importante, au un stil educativ unitar, ei aplicând sancţiuni ferme însoţite de explicaţii, dar şi recompense numeroase atunci când copiii se conformează valorilor şi normelor morale şi sociale. În cazul familiilor cu nivel redus de responsabilitate socială, părinţilor le lipseşte constanţa în aplicarea sancţiunilor şi recompenselor (disciplina arbitrară), le lipseşte un cod socio-moral, credinţele şi tradiţiile clare pe care să le prezinte şi copiilor.

G.R. Patterson şi colaboratorii săi (1993, 1986) au dezvoltat modelul teoretic al contextului social al dezvoltării comportamentului antisocial al copilului şi adolescentului. Ei au obţinut rezultate care susţin că practicile parentale din copilăria timpurie sunt un factor important în dezvoltarea precoce a agresivităţii şi conduitei de opoziţie. Cu alte cuvinte, agresivitatea manifestată în timpul copilărie este clar determinată de modelele de coerciţie parentală, ce reprezintă un factor de risc important în producerea conduitei antisociale, delincvenţiale.

Caracteristicile cheie ale practicilor parentale coercitive, menţionate de Patterson şi colaboratorii săi, sunt:

- *duritatea sau folosirea pe scară largă a pedepsei fizice ("inflaţia pedepselor")* până la limita cu abuzul, şi chiar peste aceasta, apare ca "necesară" în următoarele condiţii: incapacitatea sau eşecul

părinţilor în a utiliza mijloace educative mai subtile, încurajarea comportamentului agresiv, insuficienta recompensare a comportamentului adecvat;

- *dezacordul dintre părinţi*, îndeosebi atunci când acestea degenerează în violenţă conjugală;
- *nervozitatea ambilor părinţi*, în special, a mamei. Membrii acestor familii sunt predispuşi să reacţioneze între ei cu nervozitate, relaţiile lor sunt iritate indiferent de modul în care reacţionează celălalt. Mamele tind utilizeze mai mult procesele coercitive manifestate prin: ţipete, nervozitate, iritare, cicăleală, dezaprobare, lovire, lipsa înţelegerii, comenzi negative faţă de copii – fapt care influenţează decisiv modul de comportare al acestora. Separat, aceste manifestări ostile care apar în situaţii banale sunt minore; stabilitatea lor le face însă extrem de "toxice" pentru dezvoltarea psihosocială a copilului. În aceste familii sancţiunile nu mai au nici o valoare, pedepsele fiind utilizate mai degrabă ca un mod de "descărcare" a furiei, decât ca mijloc educativ.

Practicile parentale (în special, duritatea şi inconsistenţa) aplicate conduitei opozante timpurii asigură formarea comportamentului agresiv viitor prin intermediul creşterii interacţiunilor coercitive dintre părinţi şi copil. În scopul de a evita aceste interacţiuni aversive, părinţii vor deveni adesea inconsecvenţi în controlul parental, iar comportamentul agresiv al copilului se va accentua. La intrarea în şcoală acest pattern comportamental de neascultare, nesupunere şi agresivitate va fi extins de copil şi la mediul şcolar. În aceste condiţii, este foarte posibil ca el să fie respins de colegi şi să ajungă la eşecul şcolar. Aceste rezultate contribuie, mai departe, la tendinţa de asociere cu alţi copii respinşi şi agresivi în adolescenţa timpurie, în prejma cărora comportamentul antisocial este rapid format şi întărit. Continua asociere cu aceste grupuri deviante constituie un risc major pentru dezvoltarea la copil a unui pattern consistent al comportamentului antisocial şi delincvenţial.

Astfel, familiile capabile de un slab management al practicilor educative parentale furnizează un număr mare de copii violenţi şi delincvenţi, extrem puţin sensibili atât faţă de pedepse, cât şi faţă de recompense (cu care nu sunt obişnuiţi şi care le-au lipsit mult timp). Pe acest fundal, influenţa co-vârstnicilor cu un comportament antisocial devine decisivă în adolescenţă.

Climatul educativ poate prezenta şi alte carenţe capabile să genereze comportamentul deviant al copiilor, precum (M. Petcu, 1999):

- *divergenţa metodelor educative aplicate de părinţi* sau absenţa stilului unitar al educaţiei parentale;
- *atitudinea hiperprotectoare* a părinţilor care împiedică maturizarea soci-emoţională a copilului şi buna sa adaptare la mediul extrafamilial;
- *indiferenţa parentală,* specifică părinţilor cu un stil educativ neglijent, favorizează instalarea unei agresivităţi latente care poate fi exteriorizată brusc;
- "*părinţii demisionari*" sau permisivi, mereu ocupaţi sau plecaţi, deşi pot susţine afectiv copii, nu constituie o resursă educativă suficientă şi disponibilă pentru copii;
- *atitudinea excesiv de autoritară*, specifică părinţilor rigizi, tiranici, inabordabili, extrem de severi, care inhibă şi manipulează copilul.

Aceste atitudini implică utilizarea inadecvată a metodelor educative şi de supraveghere a copilului. Ele împiedică dezvoltarea ataşamentului securizant al copilului faţă de părinţii săi şi buna comunicare dintre subsistemul parental şi cel al copiilor.

Multe din problemele copiilor au fost puse pe seama divorţului parental. P. Allison şi F. Furstenberg (1989) au concluzionat că la cinci ani de la divorţul părinţilor copiii se confruntau cu mai multe probleme de comportament, cu mai multe dificultăţi şcolare, cu stres şi disconfort psihic sporit în

raport cu copiii din familiile nucleare intacte. Toate aceste elemente au fost evaluate prin luarea în considerare a raportărilor părinţilor, profesorilor şi a copiilor. Diferenţele nu se datorează doar experienţei traumatizante a divorţului, ci şi conflictelor existente în familii cu mult timp înainte de divorţ. Cu cât sunt mai intense şi mai direct exprimate, cu atât ele favorizează mai mult scăderea performanţelor şcolare ale copiilor şi nivelul ostilităţii lor. În general, băieţii sunt mai afectaţi de stresul familial comparativ cu fetele, ei prezentând mai frecvent reacţii impulsive, necontrolate şi agresivitate (J. Block, J.H. Block şi Gjerde, 1986).

Impactul negativ al familiei devine extrem în aşa numitele "*familii criminogene*" (H. şi R. Grogan, 1971), frecvent întâlnite îndeosebi în mediul urban, în care părinţii oferă modele de conduită inadecvată, chiar infracţională, în care copiii nu sunt pregătiţi şi susţinuţi să-şi interiorizeze normele morale şi socioculturale în vederea bunei lor adaptări sociale.

Familia contemporană prezintă semne îngrijorătoare de demisie din funcţiile sale educative şi de degradare a calităţii mediului educativ familial, de eroziune structurală şi a proceselor sale fundamentale (îndeosebi a calităţii şi cantităţii comunicării), o degradare a autorităţii parentale. În afara variabilelor analizate mai sus, la profilarea acestor tendinţe pot contribui şi stresul, dificultăţile economice, goana după câştiguri mai mari, caracteristicile mediului fizic, apariţia unor situaţii neprevăzute (boli, accidente) etc.

6. Teoria controlului social

Noţiunea de control social desemnează – în sensul său cel mai larg – ansamblul mijloacelor şi mecanismelor socio-culturale prin care societatea impune comportamentului individual o serie de constrângeri, în scopul de a-l ralia normelor şi valorilor sale de bază. Ea cuprinde două dimensiuni principale: una cu caracter extern, care se referă la conformarea indivizilor la ansamblul presiunilor externe şi alta cu caracter intern, care implică acceptarea normelor grupului ca şi cum ar fi propriile lor norme.

E. Durkheim este unul din primii sociologi care s-au preocupat, în mod implicit, de noţiunea control social. El a considerat că reglarea conduitelor membrilor societăţii nu se datorează voinţei lor individuale, ci *presiunii sociale* exercitate de conştiinţa colectivă, ca ansamblu de credinţe şi sentimente comune majorităţii membrilor aceleiaşi societăţi.

Noţiunea a fost pentru prima dată utilizată de reprezentantul şcolii americane a jurisprudenţei sociologice E.A. Ross, la începutul secolului XX. Mult timp, sociologii au avut tendinţa de a concepe controlul social ca fiind efectul acţiunii unei entităţi supraindividuale (societatea, grupul) asupra membrilor ce o alcătuiesc (de exemplu: E.A. Ross sau T. Hirschi), în timp ce, conceptul poate fi astăzi înţeles ca rezultând în cadrul interacţiunii sociale (cum apreciază, de pildă, M. Cusson 1997).

Pornind de la ideea lui Durkheim conform căreia, actele deviante (crima) sunt o realitate comună a tuturor societăţilor, *teoria controlului social* susţine faptul că *tendinţa indivizilor de a devia în plan comportamental este relativ generală şi constantă*. Ei vor reacţiona frecvent antisocial, dacă nu sunt formaţi şi susţinuţi (de societate sau grup) în a evita această tendinţă. *Agenţii controlului social* pot fi: instituţionali (organismele juridice, de menţinere a ordinii publice şi statale, instituţiile de învăţământ sau cele religioase) sau neinstituţionali (părinţii, prieteni, vecini etc.). *Mijloacele controlului social* sunt acele instrument de presiune, formale sau informale, care au rolul de a-i conduce pe indivizi să adopte formele dezirabile sau permise ale conduitei. A Cuvillier arăta că cele mai frecvente mijloace şi

modalităţi ale controlului social sunt cele juridice, educaţionale, religioase, obiceiurile, credinţele, ceremoniile, opinia publică, moravurile, tradiţiile, moda, ironia sau sugestia socială (apud. D. Baciu, S.M. Rădulescu şi M. Voicu, 1985).

În orice societate, controlul social se realizează în formă pozitivă şi negativă. *Controlul social pozitiv* vizează motivaţia pozitivă a indivizilor de a se conforma la normelor şi valorilor sociale. Ea poate fi stimulată prin promisiunea unor recompense, de la cele morale, spirituale şi până la cele materiale. Această formă a controlului social depinde însă de gradul de interiorizare a normelor şi valorilor grupului de apartenenţă. *Controlul social negativ* are la bază motivaţia negativă a indivizilor, teama de pedepsele care vor fi suportate în cazul violării convenienţelor sociale. Recompensele sau pedepsele aplicate reprezintă *sancţiunile sociale* menite să asigure conformarea indivizilor. R. Maunnier a vorbit de existenţa a patru tipuri de sancţiuni sociale:

- mistice, întemeiate pe forţa credinţei religiei, a dogmelor şi miturilor;
- juridice, întemeiate pe forţa statului, dreptului şi administraţiei;
- morale, întemeiate pe forţa moravurilor, tradiţiilor, modei, obişnuinţelor colective;
- satirice, întemeiate pe forţa ridicolului (bârfe, satire, zeflemisiri etc.).

Ţinând seama de la intensitatea reacţiei sociale faţă de un comportament, A.R. Radcliffe-Brown aprecia că sancţiunile sociale pot fi pozitive şi negative, organizate sau neorganizate. Cele *pozitive* reprezintă moduri de aprobare şi răsplătire a comportamentului dezirabil iar, cele *negative* constituie reacţii de dezaprobare sau respingere a nonconformităţii sau devianţei comportamentale. *Sancţiunile organizate* sunt reacţiile sociale de aprobare sau dezaprobare în conformitate cu normele şi procedurile juridice şi morale. Cele *neorganizate* sunt expresiile aprobării sau dezaprobării apărute la diferiţii membrii ai colectivităţii (laudă şi apreciere sau dispreţ, batjocură, marginalizare etc.).

Unul din cei mai de seamă reprezentanţi ai acestei teorii este T. Hirschi (1969, 1978). El a considerat că mecanismul controlului social, care acţionează coercitiv şi uniformizator asupra indivizilor, defineşte însăşi natura relaţiilor întreţinute de individ cu societatea. Dacă legăturile sunt puternice, individul se va conforma normelor sociale în mare măsură; dacă ele slăbesc, probabilitatea violării normelor creşte. Hirschi aprecia că eşecul socializării, absenţa sau modelele parentale inadecvate, absenţa scopurilor educaţionale şi neacceptarea validităţii sociale a normelor morale reprezintă cauzele principale ale delincvenţei. Potrivit lui, legătura individului cu societatea are la bază patru aspecte:

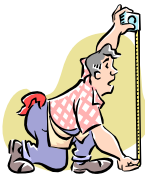
- Ataşamentul faţă de persoanele convenţionale;
- Obligaţiile resimţite faţă de comportamentele convenţionale;
- Implicarea în activităţile convenţionale micşorează posibilităţile temporale şi energetice de angajare în acţiunile antisociale;
- Convingerea individului că trebuie să se subordoneze societăţii.

În încercarea de operaţionalizare a teoriei controlului social, sociologii americani M.D. Wiatrowski, D.B. Griswoold şi M.K. Roberts (1981) au construit un chestionar cuprinzând patru scale formate din itemi ce corespund celor patru constructe ale lui Hirschi (ataşament, obligaţie, implicare şi convingere). Scopul a fost acela de a surprinde tendinţele spre devianţă ale minorilor. Cei trei autori au reuşit explicarea, prin intermediul metodei grafurilor, a 32.5% din varianţa delincvenţei.

Ţinând seama de lucrările lui Homans (1950), Lemert (1951) şi Becker (1963), M. Cusson (1997) a definit controlul social ca o formă de influenţă care se realizează în şi prin relaţiile

interpersonale. Prin urmare, *control social reprezintă ansamblul proceselor prin care membrii unui grup se încurajează unii pe alţii, pentru a ţine seama de aşteptările lor reciproce şi pentru a respecta normele pe care le şi le fixează*. Integrarea socială - definită prin calitatea şi frecvenţa relaţiilor interpersonale din cadrul unui grup - face posibilă această influenţă (interpersonală), un individ putându-şi exprima aşteptările, la care partenerul sau colegul său să fie receptiv. O relaţie interpersonală pozitivă nu s-ar putea menţine dacă partenerii nu s-ar adapta aşteptărilor celuilalt. Relaţiile prelungite, lipsite de contradicţii, inclusiv cele informale, nu pot fi total lipsite de aspectele normative.

Spre deosebire de teoria etichetării care sugerează că instanţele controlului social sunt rezultatul "cauza" devianţei (din moment ce devianţa nu există decât atunci când a fost consemnată, identificată şi catalogată), teoria controlului social susţine că instanţele controlului social sunt efectul devianţei, prin care societatea apără. Este evident faptul că, teoria controlului social are un nivel mai ridicat de generalitate, ceea ce îi sporeşte valoarea deoarece, ea poate fi utilizată în situaţii mai variate decât teoriile mai înguste, mai particulare.



A C T I V I T A T E

1. Care sunt scopurile cercetării la nivelul teoriilor cauzale comprehensive?
2. Care sunt principalele teorii comprehensive, avantajele şi limitele lor?

II.5. TEORIILE NON-CAUZALE

1. Precursori

Una din primele scheme generale ale actului criminal (a omuciderii) este cea propusă de E. de Greeff. Etapele parcurse de criminal sunt următoarele: 1. Tendinţele subconştiente spre crimă, susţinute de numeroase elemente inconştiente, sunt conştientizate spontan (apare ideea "dispariţiei" victimei). Acţiunea criminală este inhibată, de regulă, ca urmare a intervenţiei conştiinţei morale; 2. Viitorul criminal parcurge o a doua etapă plină de ezitări: el acceptă ideea "dispariţiei" cuiva, dar alternează între a lăsa ca acest lucru să se producă natural sau ca urmare a acţiunii sale; 3 Este etapa luării deciziei suprimării vieţii cuiva. Lupta interioară este acută, acţiunea putând oricând răbufni. E. de Greeff aprecia că traseul criminal poate fi oricând întrerupt de acţiunea forţelor inhibitorii interne sau externe. Există unele fluctuaţii de la această schemă în funcţie de particularităţile psihomorale ale individului şi ce cele conjucturale. Atunci când aceste nu intră în funcţiune, putem fi în faţa unora dintre cele mai grave acţiuni criminale, din moment ce infractorul consideră că ceea ce face este un act banal.

Autorul teoriei personalităţii criminale, J. Pinatel, a făcut şi el unele consideraţii legate de trecerea la act. Autorul a considerat că acţiunea criminală se produce atunci când individul nu este reţinut de teama respingerii primite din partea membrilor comunităţii - fapt asigurat de egocentrism - sau de teama pedepsei sociale, proces asigurat de labilitate. Agresivitatea permite depăşirea diferitelor obstacole externe, iar indiferenţa afectivă intervine pentru aţi permite individului să lezeze oricând bunăstarea fizică sau psihică a uni alte persoane. Accentul este astfel pus pe factorii de natură afectivă.

2. Teoria rezistenţei la frustrare

Punând sub semnul întrebării conceptul de cauzalitate şi încercând să depăşească limitele explicaţiilor cauzale, W.C. Reckless (1963) a conceput un model al delincvenţei care analizează mecanismele de apărare împotriva devierii indivizilor de la normele legale sau sociale. În centrul modelului său se află noţiunea de "structură interioară" a individului, un fel de scut de rezistenţă împotriva frustrării şi agresivităţii, şi cea a "structurii sociale externe", alcătuită din grupurile de apartenenţă ale persoanei, care are aceeaşi menire: protecţia împotriva demoralizării şi seducţiei.

Reckless a contrazis ideea unei corelaţii pozitive între frustrare şi agresivitate, susţinând că presiunile sociale (condiţiile economice şi de locuit, lipsa oportunităţilor), diferiţii factori de atragere (prietenii delincvenţi), demoralizările (statutul scăzut) sau seducţia chiar dacă favorizează comportamentul criminal sunt anulate, neutralizate de cele două structuri de rezistenţă. *Structura externă* îi asigură individului accesul la o serie de drepturi şi de obligaţii, alternative de acţiune, accesul la un anumit statut socio-economic, un grup de prieteni, sentimentul coeziunii şi apartenenţei, o identitate socială atractivă. *Cea internă* îi oferă individului un anumit nivel al toleranţei la frustrare, un set ierarhic de norme şi valori, un anumit nivel al conştiinţei morale, o identitate personală pozitivă, satisfacţie de sine, conştiinţa scopurilor şi aspiraţiilor. Dintre aceste două structuri, cea interioară este considerată a fi cea mai importantă. Ea poate fi cunoscută prin testele de personalitate şi de predicţie, poate fi modelată şi întărită.

Atunci când cele două structuri sunt slab dezvoltate, rezistenţa la frustrare scade, iar conduita deviantă este mult mai probabilă. Dar, frustrarea nu dă naştere automat manifestărilor agresive. Dacă cele două structuri sunt puternice, probabilitatea apariţiei infracţiunilor scade foarte mult. De asemenea, dacă structura externă de rezistenţă este slabă, structura internă trebuie să fie foarte puternică pentru a se împotrivi presiunilor interioare şi exterioare. Reckless susţine existenţa unui continuum de factori organizaţi pe verticală (de la presiunile interne, cele mai adânci, şi până la cele sociale), cuprinzând mai multe straturi ce determină comportamentul deviant. Astfel, un copil provenit din mediul infracţional poate să evite "cariera infracţională", dacă rezistenţa sa internă este funcţională şi suficient de puternică: un bun autocontrol, realism, forţă ridicată a eului etc. (N. Mitrofan şi colab. 1992). Deşi Reckless şi-a etichetat din start teoria ca non-cauzală, concluziile lui nu au fost destul de convingătoare în acest sens.

În fine, se cuvine să menţionăm faptul că, teoria acoperă doar o zonă medie a fenomenului deviant (*middle range theory*), ea încercând să ofere mijlocele pentru prevenirea delincvenţei la vârste vulnerabile, dar neputând fi aplicată la extremele devianţei. Teoria nu este aplicabilă în cazul infracţiunilor care sunt rezultatul puseurilor interne anormal de puternice (cărora eul nu le poate face faţă) sau comunităţilor care duc o existenţă în afara legii cum ar fi unele comunităţi de ţigani sau al familiilor care trăiesc din cerşit (V. Cioclei, 2002).

3. Teoria moralităţii deviantului

În lucrarea sa "*Delinquency and drift*" (1964), David Matza contesta tezele teoriei subculturii delincvente arătând că deviantul nu este total străin ordinii normative pe care o încalcă. Tânărul delincvent oscilează mai curând între două lumi de valori, cea a grupului de egali şi cea a părinţilor (care se confundă aici cu conformitatea faţă de lege). Această alternanţă îi produce tânărului o "anxietate statutară" care îl face intre în derivă: să alterneze între devianţă şi normalitate.

La întrebarea "cum poate un individ să încalce o normă a cărei validitate o recunoaşte?", Gresham Sykes şi David Matza (1957) au oferit un răspuns, pornind de la interviurile realizate cu tinerii delincvenţi aflaţi în detenţie (apud A. Ogien, 2002, pp.158-159):

1. delincvenţii îşi descriu acţiunea pentru care au fost încarceraţi în termenii ruşinii, culpabilităţii şi conştiinţei prejudiciului produs;
2. delincvenţii juvenili respectă persoanele pe care consideră cinstite şi dezaprobă persoanele care comit astfel de fapte fără o motivaţie acceptabilă (celebrităţile din lumea sportului sau filmului etc.);
3. persoanele şi tipurile de infracţiuni sunt alese în funcţie de unele criterii morale: apartenenţa etnică, proximitatea, clasă socială, sex, facilitate etc.
4. delincvenţii cunosc regulile conformităţii legale şi admit că orice act delictual, indiferent unde ar fi comis, trebuie pedepsit (sau îşi merită pedeapsa).

Cu alte cuvinte, cei doi autori sugerează că devianţii recunosc şi legitimitatea ordinii sociale dominante şi justeţea sa morală, spre deosebire de Weber care afirmase că delincventul recunoaşte legitimitatea ordinii sociale, dar nu şi justeţea sa morală.

Judecata morală a infractorilor nu se deosebeşte de cea a noninfractorilor. Explicaţia pentru care actele deviante se produc totuşi ţine seama de: 1. caracterul flexibil al prevederilor normative, a căror valabilitate este limitată în funcţie de circumstanţele, persoana şi motivele care determină o acţiune (omorul duşmanului în război este un lucru considerat normal şi nu deviant); 2. deviantul îşi poate justifica întotdeauna actele; 3. raţionalizarea se poate produce şi înaintea comiterii actului şi 4. pentru menţinerea credinţei în justeţea morală a ordinii sociale concomitent cu aprobarea propriilor acte, deviantul îşi dezvoltă o serie de tehnici de raţionalizare sau justificare a actelor deviante, numite de Sykes şi Matza "tehnici de neutralizare". Aceştia au identificat şi descris cinci astfel de tehnici (apud A. Ogien, 2002, pp.160-162):

1. *Tăgăduirea responsabilităţii:* deviantul îşi justifică adesea actele prin intermediul unor presiuni sau forţe externe care-l determină să acţioneze împotriva propriei sale voinţe. Astfel, el se prezintă ca o "minge de biliard" aruncată dintr-o situaţie în alta, ca o victimă a destinului nefast (cămin destrămat, violenţă domestică, părinţi alcoolici, prieteni delincvenţi, cartier defavorizat etc.);
2. *Tăgăduirea răului făcut:* străduindu-se să aprecieze suferinţele produse de faptele sale, infractorul tinde să-şi redefinească actele: furtul unui obiect devine un împrumut, vandalismul un fleac din moment ce resursele materiale ale victimei nu sunt serios afectate, luptele dintre bandele de cartier apar ca certuri private ce nu interesează restul colectivităţii etc.;
3. *Tăgăduirea victimei:* delincvenţii susţin că victima îşi merită soarta. Furtul de la negustorii necinstiţi sau de la oamenii de afaceri corupţi, violenţa homosexualilor sau altor grupuri minoritare, agresiunile asupra profesorilor nedrepţi sunt prezentate ca acte justiţiare. De asemenea, atunci când victima nu este evidentă, conştiinţa daunelor scade foarte mult ca in cazul fraudei în transportul în comun, al instalării într-o casă părăsită, al desenării de graffiti etc.;
4. *Acuzarea acuzatorilor:* devianţii tind să plaseze actele lor infracţionale în plan secund prin condamnarea celor care condamnă, mai precis a legitimităţii celor care le denunţă faptele: poliţiştii sunt corupţi şi violenţi, profesorii subiectivi şi rigizi, părinţii decepţionaţi şi incapabili să susţină dezvoltarea psihică armonioasă a copiilor lor etc.;
5. *Supunerea faţă de legislaţii superioare*: valabilitatea unui sistem normativ poate fi anulată de supunerea faţă de regulile şi valorile instituite într-un grup particular: grupuri teroriste, religioase,

crimă organizată etc. Supunerea la codul de onoare şi solidaritate al unui asemenea grup nu poate fi interpretată ca deviantă, va susţine infractorul.

Susţinând principiile teoriei etichetării, ideea că devianţa este o acţiune socială şi nu un fapt individual, faptul că deviantul este un actor social dotat cu raţiune din moment ce acţiunile sale se înscriu într-o lume socialmente organizată şi ierarhică (şi nu toate actele infractorilor sunt deviante), Sykes şi Matza nu au explicat şi actele deviante ale alcoolicilor sau toxicomanilor, ale căror acte sunt voluntare şi raţionale doar în primele faze ale evoluţiei lor, după care încetează de a mai fi complet liberi. Ei au pregătit însă "terenul" unora dintre rafinările teoriei acţionale.

4. Teoria strategică (acţională)

Noţiunea de "predispoziţie spre devianţă" nu poate explica decât aspectele nespecifice şi statice ale actelor deviante. În criminologie, sociologie şi psihopedagogia devianţei există însă un număr mare de autori care abordează actele deviante specifice, cum ar fi sinuciderea, furtul, consumul de droguri, omuciderea sau violul.

Spre deosebire de teoriile medicale care reduc crima, furtul sau sinuciderea la statutul de simplu simptom, analiza strategică sau acţională, dezvoltată de M. Cusson (1981), abordează actele deviante ca soluţie a unei probleme sau ca mijloc de atingere a unui anumit scop. În această perspectivă, importantă devine *căutarea motivaţiei acţiunii*. J. Baechler (1975), de pildă, a demonstrat că oamenii se sinucid pentru a scăpa de o situaţie insuportabilă, pentru a plăti o greşeală, pentru a culpabiliza o persoană apropiată sau pentru simpla plăcere de a se juca cu propria viaţă. M. Cusson (1981) arăta că tinerii delincvenţi se lasă adesea antrenaţi în transgresiuni variate de dragul senzaţiilor tari. Vandalismul, spre exemplu, aparent fără nici o motivaţie, apare ca o activitate ludică, deopotrivă excitantă şi amuzantă. Marea majoritate a delictelor vizând diferite bunuri aduc autorilor beneficii interesante cu eforturi minime. Dar, un motiv imediat nu rămâne întotdeauna valabil pe termen lung. De altfel, delincvenţii cronici se pare că au un orizont temporal îngust, fiind incapabili să ţină seama de consecinţele unei acţiuni pe termen lung.

Ca orice alt act intenţional, actul deviant este definit ca o *încercare de îmbunătăţire a situaţiei* autorului său. Înlocuirea unei stări de lucruri, mai puţin satisfăcătoare, cu una care să mulţumească în mai mare măsură, implică o anumită activitate intelectuală. Planul acţiunii poate fi elaborat raţional, dincolo de scopul ei condamnabil. Fiind confundaţi cu situaţii incerte, devianţii se pot însă înşela în alegerea celor mai bune mijloace de realizare a scopului lor. Incertitudinile unei crime sunt legate de teama infractorului de nu fi surprins, de a nu fi văzut sau auzit de vecinii victimei, de "tăria psihologică" a complicelui său în timpul acţiunii şi ulterior ei etc. Sancţionarea legală a unui act deviant nu anulează caracterul său raţional.

Analiza acţională analizează şi conceptul de *cost al devianţei*, definit prin tot ceea ce deviantul pierde sau riscă în realizarea unui scop. Costurile principale decurg din reacţia socială: riposta victimelor, blamul, conflictul cu cei apropiaţi, excluderea, arestarea, privarea de libertate etc. Teoria strategică sugerează că activitatea delincventă aduce autorilor ei mai multe avantaje decât ne imaginăm în mod obişnuit. Analizând autobiografiile criminalilor, Cusson (1981) conchide că acţiunile delictuale permit satisfacerea unor numeroase dorinţe, rezolvarea unor situaţii, trăirile foarte intense şi amuzamentul. Fiind un mijloc printre altele de realizare a unor scopuri urmărite de toată lumea, mulţi tineri se lasă antrenaţi în delincvenţă. Doar o parte dintre ei se vor lăsa antrenaţi în delincvenţa gravă, şi aceasta întrucât, infracţiunea criminală le apare ca fiind soluţia cea mai accesibilă a problemelor lor.

Un alt concept propus de teoria strategică este acela al *raţionalităţii subiective* sau *limitate* - care răspunde nevoilor şi pulsiunilor subiective ale individului. Delincventul poate lua, ca şi non-delincventul, până la un punct decizii raţionale. Ştim că raţiunea acţionează în strânsă interacţiune cu afectivitatea. Omul nu este o fiinţă prin excelenţă raţională, cum s-a proclamat adesea de la Aristotel încoace ci, una care *tinde* spre raţionalitate. Imaginea narcomanului total subjugat de o nevoie ce nu poate fi reprimată, care suferă în condiţiile privării de drog este, cel mai adesea, aceea a unui individ iraţional, cu o conduită automatizată. Această reprezentare este însă exagerată. În cadrul unei anchete asupra a 135 de heroinomani englezi, T. Bennett (1986) a ajuns la concluzia că numeroşi narcomani reuşesc să se abţină de la orice drog, pe perioade care ajung până la câţiva ani şi că ei exercită un control asupra dozelor pe care le iau. De asemenea, mulţi consumatori de droguri îşi modulează consumul în scopul de a maximiza beneficiile şi de a minimaliza costurile. Printre motivele mai frecvente ale heroinomanilor intervievaţi de Bennett se află nu numai nevoia de a scăpa de simptomele sevrajului, ci şi trăirea unei senzaţii de bine, dorinţa de rămâne la unison cu prietenii sau dobândirea siguranţei în raporturile sociale. Prin urmare, principiul raţionalităţii limitate sugerează că delincvenţii nu au întotdeauna obiective clare, situaţiile în care se află le limitează opţiunile, iar informaţiile pe care deţin sunt insuficiente. De aceea, în cazul lor, nu putem vorbi de decizii propriu-zis raţionale, deoarece nu au posibilitatea de a alege mijloacele optime de satisfacere a scopurilor lor.

Analiza strategică este interesată de ceea ce fac oamenii mai curând decât de ceea ce sunt ei, de comportamentul lor mai mult decât de personalitatea acestora. Comportamentul se prezintă ca o succesiune de acte direct observabile şi interpretabile, în cadrul căreia deviantul îşi păstrează luciditatea, îşi face unele calcule şi, în funcţie de oportunităţi, ia o decizie raţională *din punctul său de vedere.*

Problemele care apar şi avantajele sau dezavantajele unei soluţii depind de *situaţia* în care cineva acţionează. În analiza circumstanţelor externe care precedă şi însoţesc actul deviant, paradigma acţionistă identifică trei direcţii de studiu: a. *oportunitatea,* b. *pieţele* şi c*. influenţa socială*.

a. Cele mai analizate oportunităţi pentru devianţă pot fi grupate în trei categorii (Cohen şi Felson, 1979, M. Cusson, 1986):

1. Obiceiurile de viaţă care favorizează contactele dintre delincvenţi şi ţintele lor: locurile pe care obişnuiesc să le frecventeze, traseele urmate, cartierele în care locuiesc etc.
2. Interesul şi vulnerabilitate ţintelor: maşini neîncuiate, locuinţe neocupate, persoane fără apărare care se plimbă noaptea etc.
3. Accesul la instrumente sau substanţe care facilitează actul deviant: arme, otrăvuri, şperacluri, seringi, droguri etc.

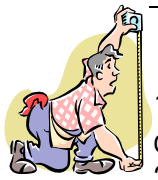
b. Devianţii sunt interesaţi de preţurile bunurilor şi serviciilor asociate unui act infracţional, cum ar fi: preţurile de vânzare a obiectelor furate, ale altor instrumente necesare comiterii actului deviant, ale drogurilor, armelor etc. sau cele privind probabilitatea şi severitatea sancţiunilor sociale şi penale. Acestea se stabilesc pe diferite piaţa neagră (piaţa neagră a obiectelor furate, a drogurilor sau pe piaţa pedepselor: cererea penală este exprimată de parlamentari, grupurile de victime sau de mass-media, iar oferta este dată de judecători şi autorităţile corecţionale). De exemplu, dacă cererea de maşini pe piaţa neagră creşte, creşte şi preţul acestora iar hoţii de maşini vor avea tendinţa să fie mai activi.

c. Devianţa este supusă influenţei sociale. Astfel, adolescenţii care au prieteni delincvenţi ajung să comită mai des delicte, comparativ cu cei care nu au. Chiar şi sinuciderea pare a fi supusă procesului influenţei sociale. Atunci când pe prima pagină a ziarelor se prezintă o sinucidere, în luna următoare se înregistrează o recrudescenţă a suicidului. D. Phillips (1974) constata că, mai ales după

relatarea pe larg a unei sinucideri, în ziarului New York Times, are loc o creştere deosebit de mare a numărului de sinucideri înregistrate ulterior. Acest lucru se explică prin faptul că, atunci când ne confruntăm cu o problemă tindem să adoptăm soluţii de-a gata. Ele ne sunt oferite de "modelele" pe care le găsim la cei din jurul nostru. Influenţa subculturilor deviante (a grupurilor de infractori) se explică şi prin faptul că anumite activităţi nu pot fi realizate decât prin coordonarea eforturilor individuale, ale mai multor confraţi devianţi.

Prin urmare, în cadrul acestei perspective, deviantul este considerat activ din punct de vedere intelectual, căutând să analizeze situaţiile în scopul găsirii soluţiei celei mai comode şi mai puţin riscante, fără a ignora ocaziile apărute sau sprijinul confraţilor săi. Frecvenţa actelor deviante este afectată de orice schimbare socială ce modifică raportul dintre avantajele şi inconvenientele lor. Aşa se explică creşterea furturilor în statele occidentale sau diminuarea sinuciderilor în Marea Britanie, după 1962.

Teoria refuză orice explicaţie cauzală, nefiind interesată de viaţa şi personalitatea delincventului, ci de actele lui criminale. Ea subliniază faptul că, delincventul ţine seama de două elemente distincte: victima şi autorităţile, în funcţie de care trebuie să-şi adapteze comportamentul. De aici rezultă cele două strategii ale delincventului: una faţă de victimă alta faţă de autoritate. Conflictele resimţite de deviant (reale sau imaginare) sunt însă multiple şi, de aceea, strategiile utilizate vor trebui să fie diverse şi adaptabile, pentru a-i asigura evitarea pedepsei.



A C T I V I T A T E

1. Comparaţi teoria personalităţii criminale a lui J. Pinatel cu ce a rezistenţei la frustrare, propusă de W.C. Reckless.
2. Care dintre formele conduitei deviante sunt explicate prin teoria rezistenţei la frustrare şi cea a moralei deviantului şi care rămân în afara puterii explicative a acestor teorii.

T E M E D E E V A L U A R E

1. Care sunt scopurile cercetării celor trei niveluri explicative prezentate?
2. Sintetizaţi tezele de bază (minimum3, maximum 5) ale teoriilor menţionate, subsumate celor trei niveluri explicative.

III. ACTELE DEVIANTE SPECIFICE

III.1. CONDUITELE DEVIANTE DE SIMULARE

Duplicitatea reprezintă acţiunea unei persoane de a de a afişa sentimente şi gânduri diferite de cele pe care le are cu adevărat, de a adopta şi manifesta atitudini diferite de pe care le are în realitate. Ea ne permite să apreciem măsura integrităţii morale a unei persoane, gradul în care şi-a elaborat atitudinea faţă de "bine" şi faţă de "rău". Periculozitatea conduitei duplicitare constă în "caracterul premeditat şi conştient" al inducerii în eroare: persoana îşi pregăteşte terenul de acţiune, îşi caută argumente, îşi stabileşte alibiuri, anticipează consecinţele unui act, cel mai adesea, cu un conţinut social negativ (T. Rudică, 1990, p.81). Din acest motiv, conduita duplicitară este considerată a fi o conduită pre-infracţională, deşi poate fi asociată conduitei deviante infracţionale. Duplicitatea caracterizează toate formele simulării.

Simularea *desemnează acţiunea persoanei de a face să pară real ceva ireal, pentru a crea o falsă impresie cu privire la sine, la stările sau scopurile sal*e. Ea *poate avea sau nu un substrat psihopatologic.* La indivizii normali, simularea poate fi adaptativă sau dezadaptativă. Prezentă şi în lumea animală, simularea a apărut în specia umană pentru a răspunde nevoilor de adaptare la mediul social şi la semeni. Deşi recunosc înalta datorie de a spune adevărul, persoanele mai abile din punct de vedere social îmbracă adevărul într-o mantie agreabilă, conform proverbului "adevărul nu trebuie arătat gol, ci în cămaşă". Simularea adaptativă are însă un caracter circumstanţial.

Întrucât adevărul crud poate să aibă consecinţe nefaste şi în lipsa diplomaţiei, unii indivizi pot alege soluţia ocolirii adevărului, a falsităţii. Atunci când apare *obişnuinţa de a mistifica, de a dezinforma sau deruta cu rea credinţă*, simularea apare ca o *formă specifică a dezadaptării sociale, ca o manifestare caracterială,* conturată în atitudini indezirabile sau reprobabile. În acest caz, *actul simulării se transformă într-o conduită deviantă, plasată la limita dintre conduitele normale şi cele patologice*. El devine *acţiunea prin care cineva imită sau îşi provoacă diverse modificări corporale sau psihice, cu scopul de a obţine anumit avantaje, materiale sau morale.* În această formă, simularea apare, spre exemplu, la elevii leneşi care mimează boala pentru a chiuli de la ore, la adolescenţii sau adulţii dezadaptaţi care mimează boala pentru a fugi de unele responsabilităţi sau pentru a obţine un profit material sau moral etc. Pentru a-şi atinge scopurile, indivizii reproduc fidel simptomele specifice unor boli psihice sau somatice sau îşi provoacă unele infirmităţi, recurgând la automutilare.

Remediile psihopedagogice ale simulării, ca tulburare caracterială, pot fi cu atât mai eficiente cu cât sunt mai de timpuriu utilizate în dezvoltarea psihosocială a copilului. Ele presupun: instituirea unui regim de viaţă ordonat, dezvoltarea simţului realului, deprinderea cu exactitatea, redarea fidelă a faptelor observate, corectarea cu mult tact a fabulaţiilor exagerate, valorizarea sincerităţii, curajului şi încrederii etc.

În simularea cu substrat psihopatologic, acţiunea de a crea aparenţele unei acţiuni sau atitudini se produce involuntar sau inconştient. Simulantul patologic se înşeală pe el însuşi, în timp ce

simulanţii normali caută în mod deliberat să-i înşele pe ceilalţi. Aşa se întâmplă, spre exemplu în isterie, bolnavul fiind tentat să simuleze diferite boli grave precum: paralizia, epilepsia, mutismul, surditatea etc. (T. Rudică, 1990, p.88).

Antoine Porot apreciază că, orice atitudine suspectă de simulare impune o analiză minuţioasă a:

- fondului mental şi a factorilor endogeni şi exogeni care au contribuit la producerea ei;
- particularităţilor manifestărilor;
- valorii lor expresive;
- raportul între starea somatică sau mintală reală şi tulburarea funcţională sau psihică aparentă, sugerată.

Constatarea prezenţei derutante a diferitelor grade de prefăcătorie din partea bolnavilor, a determinat concentrarea eforturilor medicilor psihiatrii şi ale psihologilor de a identifica tipurile sau formele simulării. În cursul secolului al XVII-lea, Paulo Zacchia stabilea două categorii de conduite simulante: exagerarea bolilor existente şi simularea completă a bolii. Sollier (1915) făcea deosebire între simularea - creatoare, agravarea (exagerarea) - amplificatoare şi perseverarea - fixatoare. Marc (1928) făcea distincţie între bolile simulate în simptome (prin imitare) şi bolile simulate în cauze (sau provocate), iar Robercourt clasifică tipurile simulării după modul lor de realizare: prin nararea simptomelor, exagerarea simptomelor şi provocarea simptomelor.

Mai recent, cercetările privind psihopatologia comportamentului deviant (V.T. Dragomirescu, 1976) au impus trei categorii de simulare:

Simularea preventivă pregăteşte apariţia unei conduite deviante. Ea are un caracter premeditat şi conştient, de inducere în eroare. Ea anticipează un act, cu un conţinut adesea antisocial. Este o formă predeviantă şi pre-infracţională, în care subiectul îşi pregăteşte terenul de acţiune, îşi caută argumentele, îşi stabileşte alibiurile etc.

Simularea contaminativă este specifică pentru colectivităţile restrânse, cu regim special (ca în penitenciare sau în alte medii restrictive), fiind determinată în primul rând de situaţiile de frustrare şi cu caracter inductiv, sugerat, în care iniţiativa aparţine, mai ales, personalităţilor dizarmonice. În patologia somatică generală, această formă este mai frecvent întâlnită prin simularea unor intoxicaţii sau a unor boli infecţioase, iar în patologia specială prin simularea unor afecţiuni dermatologice, traumatologice etc.

Disimularea desemnează o conduită deviantă care reflectă o motivaţie psihopatologică particulară, la care se adaugă o condiţie favorizantă, o situaţie psihologică sau de ordin social (de exemplu, de frustrare sau de îngrădire a drepturilor subiectului). Ea poate însoţi o conduită deviantă complexă, cum ar fi comportamentul auto şi heterodistructiv al melancolicilor (cu idei de suicid sau obsedaţi de ideea de răzbunare). Atunci când apare la bolnavii psihici cronici incurabili, actul disimulării trebuie deosebit de starea de remisiune a bolii, cu care se confundă uşor deoarece ambele au un caracter episodic, temporar. În practica medico-legală, disimularea se întâlneşte la indivizii care încearcă să ascundă anumite leziuni sau boli în scopul de a obţine anumite avantaje sau beneficii. Spre exemplu, în perioadele de compensare, personalităţile dizarmonice îşi pot ascunde structura pentru a obţine drepturi sau acte ne-cuvenite, încadrarea într-o muncă incompatibilă cu boala, permisul de conducere sau încredinţarea de minori. Tăinuirea bolii poate viza şi sustragerea de la unele pedepse penale sau evitarea unor prejudicii materiale sau morale precum: interzicerea practicării unor meserii sau pensionarea etc.

C. Gorgos (1987) consideră că disimularea este uneori socialmente utilă şi necesară, ca în cazul minciunilor convenţionale, al relaţiilor ierarhice sau al disimulării profesionale. În aceste situaţii, motivele nu mai au un caracter psihopatologic. Ele pot fi extrem de variate: de la dorinţa de a proteja familia, anturajul de aflarea unei veşti triste, până la menţinerea unei stări de spirit pozitive, optime. Ca trăsătură negativă de caracter, disimularea poate fi întâlnită la personalităţile accentuate sau structurate dizarmonic (când ia forma minciunii intrigante, a ipocriziei ce mimează buna credinţă, sinceritatea, cinstea etc.).

T. Pirozynschi, V. Chiriţă şi P. Boişteanu (1991) menţionează simularea printre exaltările patologice ale imaginaţiei. Pornind de la constarea, în practica medicală, a diferitelor grade de prefăcătorie din partea bolnavilor, psihiatrii menţionaţi deosebesc simularea de disimulare, suprasimulare, metasimulare.

Simularea, ca opus al adevărului, vizează crearea aparenţelor simptomelor unor boli. În jocul de rol, mai mult sau mai puţin convingător, al simulantului Există diferenţe importante în funcţie de inteligenţa şi instrucţia persoanei. Astfel, la oligofreni simularea apar ca fiind naivă şi deseori perseverentă, în timp ce, la personalităţile dizarmonice, îndeosebi în isterie, este spectaculară până la forme caricaturale.

Disimularea reprezintă acţiunea prin care se ascunde suferinţa, boala şi care poate duce la consecinţe grave precum suicidul (la melancolicii cu idei de suicid sau obsedaţi de ideea de răzbunare) sau violenţa şi agresivitatea (la deliranţi şi epileptici).

Suprasimularea aparţine unei persoane real bolnave, care amplifică însă manifestările suferinţei sale. Ea este întâlnită şi în mediile speciale, de detenţie.

Metasimularea sau *sinistroza* apare la persoanele care au trecut printr-un episod maladiv (psihotic, confuzional etc.) şi după restabilirea lor, persistă asupra unor acuze în vederea menţinerii unor beneficii sau pentru a scăpa de anumite responsabilităţi. Ei pot urmări rezolvarea favorabilă a unui proces juridic (în cazul în care au comis o infracţiune), obţinerea unor indemnizaţii, concedii medicale prelungite sau amânarea unor examene. În acest scop, indivizii caută argumente, pretexte, mimează abulii, apatii sau amnezii.

V.T. Dragomirescu (1976) apreciază că între gravitatea traumatismului şi frecvenţa apariţiei sinistrozei există un raport invers proporţional. Deviantul cu sinistroză este obsedat de rezolvarea favorabilă a revendicărilor sale. Anturajul poate contribui la instalarea acestei conduite prin încurajarea şi susţinerea sinistrozicului. El trebuie deosebit de simulantul obişnuit prin intensitatea manifestărilor sale, prin substratul psihopatologic şi prin consecinţele agravate de prelungirea în timp a preocupărilor specifice. Motivaţia conduitei sale are în principal un conţinut patologic. Calculul utilitar variază în funcţie de amplitudinea manifestărilor psihonevrotice, ipohondrice sau pitiatice. Babinski este cel care a deosebit isteria de escrocheria conştientă, arătând că "istericul este un simulant, dar un simulant de bună credinţă".

În forma de simulaţie numită "falsificarea anamnezei", subiectul dă în mod intenţionat specialistului informaţii eronate în legătură cu internări anterioare în spital, cu antecedente patologice din copilărie sau recurge la internări preventive, pentru a obţine un diagnostic de boală psihică gravă, care să-i folosească ulterior scopului pe care şi l-a fixat (T. Rudică, 1990).

Problema de bază a simulării este legată de *sinceritate şi minciună*. Când sunt prinşi, numeroşi hoţi de buzunare *simulează* stări de leşin sau variate crize convulsive, se taie cu arme

dinainte pregătite pe faţă şi pe mâini, pentru a obţine compătimirea trecătorilor şi pentru a-i impresiona şi intimida reprezentanţii ordinii publice, aflaţi în acţiune. În acelaşi scop, persoanele aflate în anchetă *simulează* în timpul interogatoriului stări de rău sau sinuciderea (prin izbirea cu capul în dulapuri, geamuri sau prin înghiţirea unor obiecte ascuţite), în scopul întreruperii cel puţin temporare a anchetei.

Pentru depistarea situaţiilor de simulare se utilizează numeroase metode de investigare psihologică, printre care: testul Rorschach, Szondi, MMPI, testele de inteligenţă etc. Aceste teste psihologice permit obţinerea unui plus de informaţii cu valoare diagnostică, explicativă şi scurtează perioada observaţiei clinice. În practica medicală şi juridică, cel mai frecvent, sunt întâlnite simularea deficitului intelectual, simularea amneziei, a psihozelor, ca şi disimularea unor afecţiuni psihice reale.

În situaţiile de *simulare a sindromului de deficit intelectual sau a aspectului simptomatic al amneziei* s-a observat că:

- subiecţii tind să răspundă la întrebările din testele de inteligenţă în trei moduri principale: a) la toate probele verbale răspunsul este “nu ştiu”, iar probele de performanţă sunt rezolvate la nivel scăzut, b) răspunsuri de nivel slab atât la probele verbale cât şi la cele de performanţă şi c) negativismul global;
- atunci când este vorba de stabilirea asemănărilor sau deosebirilor (în cadrul testului Wechsler), oligofrenii manifestă tendinţe din care nu pot fi scoşi (nu pot să răspundă), în timp ce simulanţii răspund adecvat la unele întrebări iar la altele nu;
- în situaţia negativismului global la întrebările testelor de inteligenţă, se poate face controlul nivelului intelectual cu testul Rorschach, care are valori precise pentru oligofrenie. Având în vedere caracterul proiectiv al testului, simulantul nu poate sesiza faptul că acesta poate măsura inteligenţa şi se relaxează;
- simularea confuziei sau amneziei nu corespunde unui sindrom psihiatric cunoscut, în locul confuziei indescriptibile şi inimitabile abordează o atitudine negativistă, laconică şi ostilă.
- adesea, simularea amneziei este selectivă şi lipsită de asocierea firească cu alte manifestări psihice sau somatice.

În cazul *simulării unor tulburări psihotice* s-a putut observa următoarele:

- subiecţii cu un nivel intelectual mai slab dezvoltat şi cu un nivel mai redus de instrucţie au tendinţa de a imita mai ales simptomele frapante ale unor boli psihice: agitaţia psihomotorie manieristă, falsa agitaţie maniacală, trăirile halucinatorii etc. Cei cu un nivel ridicat de inteligenţă şi instrucţie îşi elaborează din timp conduita, foarte apropiată manifestărilor patologice reale;
- chiar şi în cazul simulanţilor foarte convingători, psihologul poate constata o anumită notă de ostentaţie, faptul că tabloul clinic al boli nu este complet (de exemplu, stările de agitaţie nu se asociază cu fenomene vegetative) sau apariţia unor simptome contradictorii;
- în cazul inventarelor de personalitate care permit evidenţierea tendinţele psihopatologice ale subiectului, apare frecvent la simulanţi tendinţa de a accepta toate simptomele scalelor psihopatologice, tocmai din dorinţa de a evidenţia, cu orice preţ, patologicul;
- simularea mutismului este trădată de mimica, privirea şi reacţiile vegetative care apar în momentul amintirii evenimentelor care fac obiectul simulării. Prin aceste semne ea diferă clar de mutismul patologic al delirantului sau de cel anxios al melancolicului;

- în multe situaţii este vorba de suprasimulare, pe fondul unor dizarmonii cronice de personalitate dar, atunci când durata aplicării testelor psihologice este mai lungă, de peste o oră, în unele cazuri, simptomatologia adăugată dispare, subiectul obosind să-şi joace rolul.

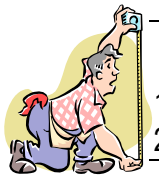
În situaţia *disimulării unor tulburări psihice reale şi de mare intensitate*, apare tendinţa negării bolii. Subiecţii nu se angajează de la început în răspunsurile la chestionarele de personalitate şi sunt extrem de suspicioşi.

În cazurile cu grad ridicat de periculozitate (mai ales al omuciderilor), datele obţinute prin intermediul metodelor de psihodiagnostic a personalităţii deviante se completează cu probele de stabilire de a veridicităţii declaraţiilor infractorilor cu ajutorul detectorului de minciuni Larson sau cu poligraful Reid. Aceste probe sunt necesare, mai ales în cazul persoanelor la care minciuna a intrat în obişnuinţă şi care îşi stăpânesc foarte bine stările emoţionale şi expresiile lor mimice, gestice sau pantomimice. Există însă un număr de reacţii fiziologice care nu sunt la fel uşor de stăpânit, care pot fi măsurate cu ajutorul acestor instrumente, cum sunt: modificările tensiunii arterială, ale pulsului sau raportul inspiraţie-expiraţie, în cazul detectorului de minciuni, la cere se adaugă şi variaţiile presiunii musculare (de pe antebraţe, coapse sau picioare) şi măsurarea reflexului galvanometric al pielii, în cazul poligrafului Reid.

Tentativele de eludare a detectării minciunii cu ajutorul poligrafului pot conduce subiectul la următoarele categorii de reacţii (M. Petcu, 1999), ce constituie indicii ale minciunii:

- *Respiraţia controlată*, subiectul tinzând să ascundă minciuna printr-o respiraţie grea, în cazul întrebărilor nerelevante sau de control.
- *Mişcări musculare*, realizate deliberat în scopul împiedicării unei înregistrări satisfăcătoare. Subiecţii pot manifesta şi plângeri verbale privind jena creată de manşonul aparatului de tensiune arterială.
- *Eschivarea psihologică* sau tentativa de a transfera procesele de gândire de la întrebările relevante la cele nerelevante sau de la problema investigată la o altă infracţiune. Un tip special de evaziune poate fi căutată şi obţinută în baza convingerii delincventului că administrându-şi un anumit medicament va putea împiedica evidenţierea minciunii.
- *Deteriorarea mecanică a poligrafului,* apare frecvent atunci când subiecţii sunt lăsaţi singuri în camera poligrafului. Ei încearcă să-l deterioreze prin

Sub raportul preciziei, în SUA s-a constatat că, la un număr de 35.000 de delincvenţi testaţi la poligraf, procentul de eroare a fost mai mic de 1%. Deşi rezultatele obţinute cu ajutorul poligrafului nu sunt admise ca probe în instanţă, graţie lor numeroase cazuri în care au lipsit martorii sau probele incriminatorii au putut fi rezolvate. Din păcate, la acest tip de testare a sincerităţii *nu pot fi supuse persoanele cu anomalii fiziologice marcante sau bolnavii psihic*.



A C T I V I T A T E

1. Caracterizaţi principalele forme ale simulării.
2. Cum pot fi puse în evidenţă clinic şi medico-legal formele simulării?

III. 2. CONDUITE DE EVAZIUNE ŞI DEMISIE LA ŞCOLARI

Familia şi şcoala reprezintă contextele educative care ar trebui să asigure accesul copiilor şi tinerilor la *achiziţia normelor şi valorilor sociale şi morale*. Spre deosebire de universul familial, în care

predomină relaţiile bazate pe afectivitate, în şcoală se instalează o "neutralitate afectivă", impusă de particularităţile şi obiectivele sale educative diferite. Nici familia şi nici şcoală nu-şi ating sistematic scopurile, disfuncţiile din interiorul acestor instanţe fundamentale ale socializării fiind numeroase şi relativ frecvente.

Dificultăţile tranziţiei, anomia, capitalismul de "pradă" şi valorizarea excesivă a banilor a făcut ca mentalitatea românilor să se schimbe, să renunţe la credinţa în valoarea dictonului "Ai carte, ai parte". *Familia* nu mai încurajează astăzi şcolarizarea prelungită astfel încât, la începutul anului 2001, doar 1% dintre copiii români din mediul rural mai urmau studii superioare. Considerată anterior revoluţiei din 1989 o speranţă de progres personal, familial şi financiar, şcoala a devenit un cost suplimentar greu de suportat în condiţiile tranziţiei, la care tot mai mulţi copii şi tineri renunţă. Mirajul câştigului imediat şi cât mai ridicat, de preferinţă în Occident, "bântuie" tot mai mult gândurile şi speranţele adolescenţilor şi tinerilor. Dintre cei care rămân să-şi continue studiile, mulţi elevi se confruntă cu lipsurile şi sărăcia. Ei conştientizează decalajele economice tot mai mari care-i separă de unii colegi, fapt care le alimentează complexul de inferioritate şi expectanţele negative în legătură cu rezultatele lor şcolare.

Reforma din *învăţământul românesc*, prea mult prelungită şi mereu luată de la capăt, a făcut ca programele şcolare să devină tot mai încărcate, ca exigenţele cadrelor didactice să crească în lipsa tendinţei profesorilor de a oferi mai mult în planul calităţii activităţii didactice. Metodele învechite, atitudinile discriminatorii ale profesorilor (în raport cu etnia, statutul economic al elevului etc.), orarul încărcat, şi ignorarea constantă a intereselor elevilor a îndepărtat un număr mare de copii de instituţia şcolară. În aceste condiţii, diferitele forme ale inadaptării şcolare, absenteismul şi abandonul şcolar au devenit fenomene frecvente.

Prin producerea acestor disfuncţii la nivelul familiei şi şcolii, *atracţia străzii* devine o alternativă puternică (I. Drăgan, 1981, A. Ibiş, 2001). Victime ale propriilor părinţi şi educatori, copiii şi adolescenţii se orientează spre grupurile stradale în care pot găsi sprijin, înţelegere, susţinere şi recunoaşterea de care au nevoie. Socializarea negativă intensifică inadaptarea şi abandonul şcolar, facilitând deriva comportamentală şi alunecarea spre delincvenţa juvenilă.

Fuga (de acasă sau de la şcoală) şi abandonul şcolar fac parte din *conduitele de evaziune şi demisie*, în cadrul cărora individul preferă retragerea din faţa dificultăţilor în locul confruntării deschise cu acestea. Aceste conduite reprezintă o modalitate de protecţie personală faţă de traumele afective şi neglijenţa care i-a înconjurat, şi concomitent, începutul unei dezaprobări socio-familiale.

Fuga de acasă sau *de la şcoală* este tendinţa irezistibilă de evadare din mediul familial sau şcolar, de a pleca în mod inopinat, fără a preveni pe nimeni şi fără a cere voie. Ea apare în general la copii în vârstă de cel puţin şase ani, înainte de această vârstă fiind vorba mai curând despre un copil care s-a rătăcit explorând împrejurimile. Fuga poate fi datorată fie unei boli neuropsihice, fie protestului copilului faţă de situaţiile tensionate din mediul respectiv.

1. Fuga de acasă. Aceasta reprezintă epilogul unui conflict cu anturajul (părinţi, educatori) şi încercarea copilului de a soluţiona această situaţie problematică. Ea implică atât o reacţie de opoziţie a copilului faţă de mediul care nu-l satisface, cât şi speranţa confuză de găsi altundeva ceea îi este refuzat sau lipseşte. Mai precis, motivele fugii pot fi: teama de nu fi certat de părinţi pentru notele proaste sau pentru că şi-a pierdut lucrurile, nevoia de a se face remarcat prin absenţă atunci când se simte abandonat sau neglijat, nevoia de a se afirma, dorinţa de aventură, sentimentul de a fi dat la o

parte în cazurile de depresiei etc. Conflictele cu anturajul pot fi determinate atât de problematica independenţei, controlului şi individualităţii, cât şi de lipsa de înţelegere, recunoaştere şi susţinere din partea părinţilor sau a substituenţilor parentali.

Fuga de acasă apare mai frecvent la băieţi. Mediul lor familial este adesea perturbat: severitatea excesivă a părinţilor, pedepsele frecvente, certurile parentale dese, existenţa violenţei fizice sau sexuale în familie, copiii sunt înfiaţi sau locuiesc la un centru de plasament etc.

Plecarea de acasă poate fi asociată cu alte tulburări de comportament (agresivitate, cruzime, opoziţie, provocare, furturi, minciuni) şi atunci poate reprezenta simptomul *tulburării de conduită*. Fuga patologică apare la copiii sau adolescenţii cu o tulburare a impulsurilor; ea se produce ca un automatism în virtutea căruia persoana se eliberează de cerinţele adaptării la realitate. La copii, fuga apare mai ales ca simptom al *instabilităţii psihomotorii* (caz în care fuga devine o căutare continuă a noului, a aventurii) sau ca rezultat al unei *hiperemotivităţi* (a dorinţei de a se sustrage unei pedepse sau de a-şi impresiona părinţii). Fugile declanşate patologic pot fi întâlnite şi în *epilepsie*, *intoxicaţiile acute* sau în *deficienţe mintale*. La oligofreni, de exemplu, fuga are un caracter complet ne-motivat, dezorganizat, uneori nefiind vorba de o fugă propriu-zisă, ci o rătăcire, un vagabondaj.

Fuga poate avea loc o dată sau în mod repetat, caz în care evoluează spre delincvenţă. În ambele cazuri, copilul/adolescentul trebuie ajutat să depăşească situaţia problematică în care se află, terapia incluzând adesea şi familia.

Câteva dintre trăsăturile specifice adolescenţii fugari (normali din punct de vedere psihic) ar fi – potrivit concluziilor unui studiu realizat de D. Banciu, S.M. Rădulescu şi M. Voicu (1987) – următoarele:

- gradul ridicat de nevrozism, concretizat în tendinţe de slabă adaptabilitate şi lipsă de integrare a personalităţii
- tendinţele de anxietate difuză, constând în ambivalenţă atitudinală, dorinţa de a trăi conform proiectelor personale de viaţă, dublată de îngrijorarea provocată de angajamentele condiţionate de aceste proiecte;
- insatisfacţii faţă de stimulentele primite în mediul proximal sau decalajele existente între aspiraţiile personale şi exigenţele mediului;
- slabele contacte interpersonale şi conflictele frecvente cu mediul proximal;
- dorinţa de evaziune în scopul stabilirii unor contacte interpersonale noi.

Dacă la adolescenţii hoţi conflictele cu părinţii (manifestate prin acte ostile sau agresive) intră în cadrul revoltei generale împotriva oricărei autorităţi, la fugarii adolescenţi apare mai curând o dificultate de a stabili contacte cu anturajul. Ei resimt un disconfort faţă de mediul lor, care nu corespunde cu ceea ce ar vrea să fie, fiind avizi de contacte, ca şi cum accesul, fuziunea sau identificarea cu mediul nu ar fi fost suficient trăită. Acesta nu înseamnă că adolescenţii delincvenţi nu pot fi şi fugari sau invers, că adolescenţii nu pot comite acte infracţionale în timpul fugii de acasă.

2. Fuga de la şcoală. Cel mai adesea, copiii *fug de la şcoală*. Motivul principal este acela de a scăpa de ceva supărător. Ea poate fi ocazională iniţial (ca în cazul unui extemporal anunţat, a fricii de ascultare etc.), dar fără reacţia promptă a părinţilor şi educatorilor se poate transforma în fugă repetată şi absenteism, iar acestea favorizează, mai departe, apariţia vagabondajului şi abandonului şcolar.

La elevii mici, fuga de la şcoală apare mai mult ca manifestare a *fobiei şcolare*, în timp ce la elevii mari, fuga apare mai curând ca *rezultatul unui proces de luare a deciziei, influenţat de haloul afectiv al situaţiei*. Fobia este teama intensă, iraţională şi persistentă, necontrolabilă volitiv, pe care o trăieşte copilul faţă de o situaţie (sau de un obiect), considerate de el periculoase, dar care sunt de fapt inofensive. Spre deosebire de adult, la care frica are un conţinut bine delimitat, la copil, frica are un caracter ceva mai difuz, apropiindu-se mai mult de anxietate sau angoasa legată de un conflict survenit în procesul dezvoltării. Behavioriştii consideră că fobiile sunt conduite dobândite ca urmare a unor experienţe nefericite, amplificate de reacţiile anturajului (copii, dar mai ales adulţi) sau de insecuritatea datorată absenţei materne. Pentru şcoala psihanalitică, fobia are drept principal mecanism cauzal un conflict intrapsihic incoştient (angoasa de castrare). Subiectului îi este teamă de impulsurile sale, cărora le substituie un obiect. Fobiile ar fi în această viziune dorinţele interzise şi frica de ele, intrată în subconştient. Fobicului îi este teamă, dar mai ales teamă să nu uite că-i este teamă (C. Gorgos, 1988).

Fobiile discrete apar la copii în mod constant: teama de întuneric, de exemplu, în momentul culcării există la aproape toţi copiii (sau teama de insecte, de reptile etc.). Fobiile ar trebui să dispară cu vârsta, de regulă înainte de 10 ani şi mult mai uşor dacă părinţii ştiu să liniştească copilul (din păcate, prin reacţiile lor unii le întreţin şi/sau accentuează). Teama de şcoală poate să apară la şcolarii mici la intrarea în clasă, la vederea învăţătoarei, a uniformei şcolare, a altor copii îmbrăcaţi în uniformă sau a rechizitelor şcolare dar, cel mai adesea fobia se manifestă pe *traseul casă-şcoală*. Spre exemplu, un copil poate merge până în faţa clădirii şcolii, unde nu se poate decide să intre şi, drept urmare, umblă fără ţintă pe stradă până la terminarea orelor, când revine acasă. În afară de situaţiile legate de şcoală, copilul este calm şi(-şi) promite că va merge la şcoală dar, după o absenţă prelungită, îi este frică de consecinţe şi de faptul că nu va face faţă situaţiei.

Reacţiile somatice specifice fobiei şcolare ei sunt diverse: palpitaţii, scurtarea respiraţiei, dureri de stomac, tulburări alimentare, ale somnului, panica, incapacitatea de concentrare. Motivele fobiei şcolare sunt diverse angrenând mai ales factorii etiologici familiali. Statistic, fobia şcolară este mai frecventă la copiii singuri la părinţi, cu vârsta cuprinsă între 5 şi 13 ani, nota P. Morand de Jouffrey (1998). Autoarea preciza că, ea este legată de diferiţi *factori de risc* printre care putem menţiona: anxietatea de despărţire, dependenţa emoţională excesivă a copilului faţă de părinţii săi, o depresie în legătură cu şcoala (ca în cazul unui elev cu performanţe foarte bune care, după o absenţă sau boală, nu suportă o aşa-zisă înjosire), o perturbare a personalităţii, o atitudine nepotrivită a unuia dintre părinţi care inconştient încercă să-şi reţină copilul acasă etc. De pildă, dependenţa emoţională exagerată a copilului faţă de părinţii săi (adesea faţă de mama sa) apare mai ales la părinţii supraprotectori sau la cei autoritari, iar anxietatea şi imaginea de sine defavorabilă pot fi efectul grijii parentale excesive, a standardelor parentale prea ridicate sau al neglijării şi abuzului. Dealtfel, conform DSM-IV, datele sugerează faptul că există un risc crescut pentru fobiile specifice de tip situaţional – în cazul nostru, al fobiei şcolare – la copiii a căror rude biologice de gradul I prezintă astfel de fobii.

Incapacitatea copilului de a se adapta la situaţia şcolară, de a se integra în colectiv indică lipsa deprinderilor şi abilităţilor sociale necesare, care ar fi trebuit să se dezvolte în mediul familial. Diagnosticul psihiatric de fobie specifică (pentru fobia şcolară sau a refuzul de a merge la şcoală) nu este justificat decât dacă frica duce la o deteriorare semnificativă clinic şi dacă se menţine cel puţin 6 luni. Fobia şcolară care persistă necesită tratament psihologic (asociat cu însoţirea copilului la şcoală) iar, uneori, spitalizarea şi izolarea copilului de familie.

La elevii mari, fobia şcolară îmbracă forme specifice: fobia de examen şi fobia socială, dar acestea se regăsesc într-un număr relativ mic de cazuri la originea fugii de la şcoală (C. Neamţu, 2003). *Fobia de examen* presupune existenţa unei vulnerabilităţi mărite (normale sau nevrotice) la situaţia stresantă a unui examen, ce poate precipita instalarea depresiei, tentativele de suicid, abandonul şcolar etc. *Fobia socială* debutează cel mai adesea în adolescenţă, putând să apară în lipsa unui istoric de inhibiţie socială sau timiditate în copilărie. Ea reprezintă teama de situaţiile de performanţă şi sociale în care poate surveni o dificultate, teama de consecinţele evaluării în grupurile restrânse, de vorbi în public, de a interacţiona cu persoanele cu sex opus, de a susţine privirea unei persoane necunoscute etc. Debutul poate surveni brusc, după o experienţă stresantă sau umilitoare. Evoluţia fobiei sociale este adesea continuă, putând dura toată viaţa, deşi se poate atenua sau remite la vârsta adultă. Din cauza debutului precoce şi a evoluţiei cronice a tulburării, la copii deteriorarea tinde să ia mai curând forma incapacităţii de a atinge nivelul de funcţionare aşteptat. Din contră, când debutul are loc în adolescenţă tulburarea poate lua forma declinului nivelului optim de funcţionare şcolar sau social. Diagnosticul psihiatric se pune numai atunci când evitarea frica sau anticiparea anxioasă a situaţiei de performanţă interferează semnificativ cu rutina cotidiană a copilului/adolescentului, cu funcţionarea sa şcolară, dacă este puternic marcat de faptul că prezintă fobia şi în condiţiile în care simptomele persistă cel puţin 6 luni.

Pentru elevii mari, fuga de la şcoală este o modalitate de a protesta împotriva situaţiilor apreciate ca stresante, injuste sau frustrante (a orarului prea încărcat, a materiilor care nu corespund intereselor sau aptitudinilor lor etc.).

3. Vagabondajul. Dromomania sau vagabondajul reprezintă peregrinările fără ţintă dintr-un loc într-altul, variind de la câteva zile la câteva săptămâni, după care individul revine acasă într-o stare de mizerie morală şi fizică. Poate fi vorba de un act deliberat, premeditat la un individ sănătos psihic, dar cel mai adesea este caracteristic structurilor dizarmonice de personalitate. Dacă fuga este "o escapadă", vagabondajul este starea celui care rătăceşte, fără să aibă domiciliu sau faptul de a rătăci fără puterea sau voinţa de reveni la un domiciliu fix. Fuga este sinonimă cu părăsirea casei părinteşti, a celei a surogatului parental sau a şcolii, având un ţel, o direcţie, pe când vagabondajul reprezintă – aşa cum arătam mai sus – rătăcirea fără ţintă.

La copii, vagabondajul are adesea un caracter reactiv, fiind determinat de situaţii conflictuale (familii schismatice, greşeli educative, mamă sau tată vitreg, atitudini pedagogice neadecvate etc.), nota V. Predescu şi colaboratorii săi (1976). În cazul în care copilul recurge la vagabondaj ca urmare a atitudinilor incorecte sau injuste ale educatorilor (părinţi, cadre didactice etc.), nu mai este vorba despre *impulsuri fără mobil*, ci de o *reacţie de protest sau de apărare* cu caracter inteligibil.

Copiii nu se gândesc în cazul plecării de acasă prea mult la consecinţele faptei lor, dacă au sau nu condiţii materiale de deplasare (bani, hrană, obiecte personale, haine), apelând adesea la folosirea ilicită a mijloacelor de transport în comun (mai ales, trenuri) sau recurgând la acte infracţionale. Vagabondajul prezintă pentru copil următoarele riscuri:

- în lipsa controlului şi a educaţiei parentale şi şcolare poate leza integritatea şi sănătatea sa fizică, favorizând abuzul sexual şi prostituţia;

- asocierea cu grupurile de delincvenţi conduce la o socializare deviantă, negativă, care favorizează implicarea în activităţi infracţionale, de la cerşetorie, furturi din maşini sau buzunare la tâlhării şi consum sau trafic de droguri etc.;
- vagabondajul accentuează absenteismul şcolar, putând uşor degenera în abandon şcolar.

Unii adolescenţi caută în stradă satisfacţiile pe care nu le găsesc acasă sau la şcoală, deprinzându-se cu prietenii şi distracţiile care le lipsesc în familie. În asociere cu noii cunoscuţi, adolescenţii fugari pot dobândi sentimentul puterii, siguranţei şi iniţiativei, gustul libertăţii neîngrădite etc. Ei pot găsi în unii prieteni de pe stradă confidenţi mult mai receptivi decât părinţii lor, dar şi o sursă de socializare negativă (consum de substanţe, prostituţie, furturi şi tâlhării etc.). De altfel, tendinţa prematură de opoziţie la orice îngrădire stă la baza celor mai multe cazuri de vagabondaj. Odată elaborată deprinderea vagabondării devine pentru adolescent o a doua natură.

Această manifestare deviantă poate să apară nu numai la copiii normali ci şi la *psihopaţii impulsivi* (cu o pulsiune psihopatică de a schimba locul, dar cu menţinerea luciditătii conştiinţei şi a posibilităţii evocării) sau la subiecţii cu *tulburări de conştiinţă*, cu automatism epileptic, psihoză reactivă acută etc. (V. Predescu şi colab. 1976).

4. Abandonul şcolar. Ratele abandonului şcolar au ajuns să urce până la 10-15 la sută, fiind mai accentuate în învăţământul primar şi gimnazial, dar suficient de ridicate şi în cazul învăţământului liceal sau profesional (F. Grecu şi S.M. Rădulescu, 2003). Renunţarea la frecventarea şcolii apare atunci când copilul devine conştient de prăpastia care separă normele şi valorile stilului de viţă deviant în care se complace şi cele ale mediului şcolar şi familial sau atunci când conştientizează diferenţa insurmontabilă dintre nivelul cunoştinţelor şi achiziţiilor comportamentale proprii şi cel al colegilor săi. Astfel ia naştere un complex de inferioritate, care îl determină pe elev să caute alte repere comportamentale, din afara mediului şcolar, cu care să se poată compara.

Literatura psihosociologică actuală include două perspective explicative dihotomice ale abandonului şcolar (C. Neamţu, 2003):

1. În perspectiva tradiţională abandonul este considerat rezultatul deciziei independente şi definitive a unui elev de a părăsi şcoala. Studiile realizat în cadrul acestei abordări urmăresc corelaţiile dintre conduita de abandon şi alte variabile precum: diferite comportamente ale elevilor (curm ar fi: agresivitatea, nesupunerea sau indisciplina), rezultatele lor şcolare, particularităţile psihologice, variabilele socioculturale familiale etc.
2. În concepţia modernă, elevii care abandonează şcoala sunt percepuţi ca fiind "excluşi" din şcoală, ca urmare a experienţelor traumatizante trăite în mediul şcolar. Responsabilitatea nu mai este atribuită elevului, insuficient maturizat, ci este proiectată asupra şcolii, incapabilă uneori să-i atragă pe elevi, să-i ajute să se simtă bine în clasă. Cei care rămân să-şi continue studiile o fac deoarece au atins maturitatea necesară pentru a înţelege avantajele continuării studiilor pentru formarea lor viitoare şi deoarece raportul dintre experienţele şcolare pozitive şi cele negative înclină balanţa motivaţională către continuare şcolarităţii.

La fel ca şi vagabondajul, abandonul şcolar reprezintă un factor predictiv al delincvenţei juvenile. Un studiu empiric arăta că peste 50% dintre delincvenţii juvenili au o atitudine negativă faţă de şcoală şi cca. 60% au abandonat-o (O. Marcovici, 1996). M. Fréchette şi M. LeBlanc (1991) arătau faptul că la mijlocul adolescenţei relaţia dintre inadaptarea şcolară şi delincvenţă juvenilă creşte

puternic. Comportamentele şcolare inadaptate nu numai că acompaniază delincvenţa juvenilă, dar o şi semnalizează, chiar dacă această relaţie este mediată de diverse condiţii favorizante (amplasarea şcolii într-un cartier defavorizat, mărimea mare a şcolii, programele încărcate, subiectivitatea evaluării didactice etc.) Calitatea proastă a interacţiunilor cu cadrele didactice şi slabele rezultate şcolare influenţează atitudinea negativă faţă de sine şi de şcoală, favorizând dezangajarea elevului, izolarea şi inadaptarea sa şcolară. Peste 50% dintre delincvenţii juvenili cercetaţi de A. Tomescu (1991, 1992) aveau o atitudine negativă faţă de şcoală, slabe performanţe şcolare şi prezentau diferite forme de inadaptare şcolară (absenteism sau chiul, conflicte frecvente cu colegii şi cadrele didactice, manifestări agresive etc.).

Studiul lui R. Cairns, B. Cairns şi H Neckerman (1989) a indicat existenţa unei corelaţii puternice între abandonul şcolar şi agresivitate, ca şi între abandonul şcolar şi eşecul academic, la ambele sexe. Cercetarea a indicat prezenţa următorilor factori predictivi ai abandonului şcolar la cele două sexe:

- *La băieţi*: 1. există o corelaţie pozitivă puternic semnificativă între abandonul şcolar şi agresivitate şi o corelaţie negativă puternică între abandon şcolar şi rezultatele şcolare. De asemenea, abandonul creşte cu diferenţa de vârstă, etatea celor care abandonează şcoala fiind mai mare decât cea a colegilor cu 1-3 ani. În grupul băieţilor cu agresivitate mare, rezultate foarte proaste şi vârstă mai mare decât a colegilor abandonul survine în 82% din cazuri; 2. în cazul băieţilor cu agresivitatea ridicată, rezultate şcolare de nivel mediu şi scoruri medii la competenţa interpersonală, 36% dintre subiecţi au abandonat şcoala.
- *La fete*: 1. abandonul şcolar apare în 47% din cazuri atunci când fetele au agresivitatea ridicată şi slabe rezultate şcolare; 2. dintre elevele cu vârstă mai mare decât cea a colegilor 33% au abandonat şcoala şi 3. în grupul fetelor cu slabe rezultate şcolare, lipsite de popularitate şi cu o slabă competenţă interpersonală abandonul apare în 29% din cazuri.

Elevii aflaţi în situaţie de eşec şcolar sunt tentaţi să se implice în activităţi din afara şcolii, inclusiv în activitatea sexuală. Ei devin astfel părinţi adolescenţi, apariţia unui copil şi asumarea rolului parental constituind o altă variabilă importantă a abandonului şcolii.

III.3. TOXICOMANII ŞI CONSUMUL DE DROGURI

1. Definiţii şi precizări terminologice

În vechile societăţi, drogurile au fost utilizate în scopuri ritualice şi medicale, aceste practici constituind un factor de coeziune socială, un indiciu al priorităţii imperativelor de socializare şi integrare. Treptat, uzul modern al drogurilor s-a înscris într-un proces de desacralizare continuă şi de distanţare de miturile fondatoare (R. Girardi, 1982, J. Dugarin şi P. Nominé, 1988). Consumul devine individual şi îşi pierde funcţie de regulator social, pentru a deveni *o încercare disperată de regularizare intrapsihică*.

În contextul schimbărilor dramatice care au afectat societatea contemporană, a dificultăţilor adaptării la solicitările tot mai numeroase, căutarea fericirii "aici şi acum" pare a fi fundamentală, iar una dintre modalităţile satisfacţiei rapide este şi cea obţinută prin intermediul drogurilor. Dar, ce sunt acestea? În acord cu definiţia OMS (1967), vom considera drogurile ca fiind *orice substanţă naturală sau sintetică, cu sau fără aplicaţii medicale, consumate în mod abuziv, în alte scopuri decât cele medicale.* Conform Legii nr. 143 din 2000, privind combaterea traficului şi consumului ilicit de droguri în

România, ***drogurile*** *sunt plantele şi substanţele stupefiante sau amestecurile care conţin asemenea plante şi substanţe*, capabile să producă farmacodependenţa. Conceptul de substanţe drogante include drogurile propriu-zise (dure sau ilegale), drogurile acceptate social (uşoare sau licite) şi medicamentele. Consumarea lor constituie fie o *transgresiune legală* (în cazul drogurilor ilicite), fie o *trangresiune medicală* (efectele nocive ale tutunului şi alcoolului) fie o *transgresiune socială* (de pildă, consumul de alcool şi ebrietatea la fete).

Deşi consumul abuziv de droguri este definit ca o "crimă fără victime", toxicomanul nu este singura persoană care are de suferit. În realitate, consumul de droguri reprezintă un adevărat flagel care deteriorează starea de sănătate a milioane de oameni, pe de o parte, iar pe de alta, consecinţele consumului de droguri se răsfrâng şi asupra situaţiei socio-economice a individului şi a familiei lui, a calităţii relaţiilor sale cu familia, prietenii şi cunoscuţii. Societatea în care consumatorii trăiesc este afectată şi prin sporirea costurilor asistenţei medicale, a numărului şomerilor şi a persoanelor asistate, prin creşterea gradului sărăciei a unor indivizi, prin modificarea raportului dintre rata mortalităţii şi ce a natalităţii etc. Nu întâmplător, consumul de stupefiante poate fi privit ca un fenomen deviant, sancţionat penal, cu consecinţe grave individuale, relaţionale, sociale etc.

Abuzul de droguri se referă la continuarea consumului unei substanţe fără a mai fi necesar acest lucru, din punct de vedere medical. Cel mai adesea, sintagma nu se referă la consumul care nu este realizat în scop medical, la indicaţia medicului, ci la consumul ilicit prin auto-administrare şi în contextul unui anumit anturaj sau a apartenenţei la o subcultură deviantă. Cultivarea, producerea sau deţinerea de droguri pentru *consum propriu*, fără drept, se pedepseşte cu închisoare de la 2 la 5 ani, consumatorul ilicit de droguri putând fi supus, după caz, uneia dintre următoarele măsuri: cura de dezintoxicare sau supravegherea medicală. Toxicomanii care au beneficiat de tratament medical specializat pot cere confidenţialitate. Cultivarea, producerea, fabricarea, vânzarea, transportul, cumpărarea, deţinerea ori alte operaţiuni privind circulaţia *drogurilor de risc*, fără drept, se pedepseşte, potrivit legii româneşti, cu închisoare de la 3 la 15 ani şi interzicerea unor drepturi. Dacă faptele de mai sus au ca obiect *drogurile de mare risc*, pedeapsa este închisoarea de la 10 la 20 de ani şi interzicerea unor drepturi.

Toxicomania apare ca efect al *inadaptării individului la propriile sale trebuinţe sau la condiţiile de mediu*. Mulţi toxicomani prezintă un anumit dezechilibru al personalităţii sau diferite manifestări psihonevrotice. Mult mai rar, toxicomania se instalează ca urmare a unei medicaţii prelungite (aşa-numitele *toxicomanii terapeutice*). Toxicomania este o stare psihică şi uneori fizică apărută ca urmare a consumului repetat de substanţe drogante, care generează simptomele toleranţei, dependenţei psihice şi/sau fizice, precum şi sindromul de abstinenţă în condiţiile întreruperii consumului.

Politoxicomania, reprezintă abuzul de mai multe substanţe, constând în consumarea de către o persoană în mod repetat, pe o perioadă de cel puţin un an, a cel puţin trei tipuri de substanţe, în afară de cofeină şi nicotină (DSM IV). Conform unor date statistice unul din doi consumatori sunt politoxicomani, situaţie care ridică numeroase dificultăţi de diagnosticare şi tratament (B.G. Ioan, 2003).

Sindromul toxicomanic cuprinde următoarele faze/aspecte (A. Constantin şi T. Constantin, 2002; B.G. Ioan, 2003):

1. *Euforia* iniţială este o stare tranzitorie. Caracteristică numai anumitor stupefiante (de pildă, opiului sau morfinei), euforia este trăită ca un fel de anestezie care îi dă toxicomanului senzaţia de plutire,

imponderabilitate şi fericire. Supraexcitarea imaginativă produce vise stranii, deseori erotice şi conduce la pierderea controlului asupra propriilor acţiuni.

2. *Toleranţa* se referă la modul în care organismul se adaptează ca urmare a prezenţei repetate a unui drog. Ea se instalează lent, ca o stare tranzitorie ce poate să dispară atunci când individul renunţă la drogul care a generat-o. Toleranţa reprezintă primul efect negativ al consumului de droguri, constând în reacţia tot mai slabă a organismului la aceeaşi cantitate de substanţă drogantă, pe măsură ce se instalează adaptarea funcţională. De aceea, pentru obţinerea unei anumite stări, toxicomanul trebuie să mărească treptat dozele, ajungând în starea de dependenţă.
   Toleranţa trebuie deosebită de marea variabilitate individuală în sensibilitatea iniţială faţă de efectele unui drog sau altul. Există şi posibilitatea apariţiei unei *toleranţe încrucişate,* constând în instalarea toleranţei la un drog ca urmare a toleranţei la un drog similar, consumat cronic (aşa se întâmplă în cazul diferitelor barbiturice, a benzodiazepinelor sau al morfinei şi heroinei).
3. *Dependenţa* reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale şi cognitive, de intensitate variabilă, în care consumul uneia sau mai multor substanţe au prioritate pentru individ. Ea constă în nevoia compulsivă de a consuma drogul în doze tot mai mari, ca urmare a administrării repetate a drogului, şi în scopul evitării efectelor sindromului de abstinenţă (pe care toxicomanul îl suportă foarte greu, cu riscul unor crize severe, organice şi/sau funcţionale). Potrivit OMS (1957), caracteristicile dependenţei sunt: dorinţa sau nevoia de nestăpânit de a obţine drogul prin orice mijloace şi de a-l consuma, tendinţa de a creşte dozele, dependenţa psihică şi fizică faţă de efectele drogului, efectul nociv asupra individului şi a societăţii. Formele de manifestare ale dependenţei prezintă o mare variabilitate inter-individuală.
   - *Dependenţa fizică sau fiziologică* nu se întâlneşte la toate tipurile de droguri. Atunci când apare, ea implică dezvoltarea toleranţei ca urmare a consumului cronic al unui drog şi a instalării sindromului de dependenţă, în condiţiile încetării consumului. Dependenţa fizică se manifestă sub forma unor stări care constau în necesitatea organică de a folosi droguri. Ea apare, de obicei, la derivaţii opiului (heroina, morfina);
   - *Dependenţa psihică* este cea mai importantă. Ea constă în modificări de comportament şi o stare mentală particulară, însoţită de necesitatea psihică imperioasă de administrare periodică sau continuă a substanţei pentru a obţine o stare de bine, pentru stimularea plăcerii, din dorinţa de a fugi de realitate sau pentru a înlătura disconfortul psihic. Este întâlnită la toate tipurile de droguri. Dorinţa de a experimenta stările modificate ale conştiinţei pare să fie o parte intrinsecă a condiţiei umane, afirma doctorul Michel Gossop (1987). Într-adevăr, consumul de droguri pare să fie una dintre cele mai uşoare şi mai rapide modalităţi de "alterare" a conştiinţei, iar pentru unii indivizi acest lucru apare deosebit de atractiv. Ca urmare a instalării dependenţei individul nu mai apare complet liber, capabil de decizii raţionale, capacitatea sa de a alege fiind puternic limitată de nevoia compulsivă de a consuma stupefiante.
4. *Abstinenţa* sau sevrajul constă în reacţia organismului la absenţa drogului cu care s-a obişnuit. Ea se instalează, în medie, între 12 şi 48 de ore de la încetarea administrării drogului şi tinde să slăbească în intensitate după 2-3 săptămâni. Toxicomanul nu poate suporta această stare, care poate varia de la durerile de cap după încetarea consumului de cafea şi până la convulsii şi chiar moartea după renunţarea bruscă la barbiturice. Abstinenţa sau absenţa drogului provoacă tulburări nervoase, tahicardie, spasme viscerale şi musculare, hipersecreţii glandulare, diaree etc. Aceste

manifestări somatice sunt acompaniate de simptoame psihice precum: anxietatea, agitaţia psihomotorie, insomnia, crize de isterie etc. Sindromul de abstinenţă este acceptat medical pentru următoarele categorii de substanţe: alcool, amfetamine, cocaină, opiacee, nicotină, sedative, hipnotice. Deşi simptomele sevrajului sunt relativ asemănătoare pentru toate categoriile de substanţe, ele sunt mai puţin accentuate în cazul stimulentelor (amfetamine, cocaină) şi al nicotinei, în timp ce, în unele cazuri, ele par să lipsească (de pildă, la halucinogene).

Pornind de la aceste precizările vom spune că, dependenţa de substanţă poate fi reprezentată schematic ca interacţiune a trei grupe mari de factori: *factorul social* care ar cuprinde disponibilitatea drogului, acceptul sau rejecţia de către grup a consumului de droguri, *efectele căutate,* euforizante sau depresoare ale drogului şi *structura psihologică*, personalitatea individului, care explică – poate cel mai bine – de ce unii consumatori ajung dependenţi şi alţii nu.

2. Portretul tinerilor consumatori de droguri şi factorii favorizanţi

Vârsta în scădere a debutului consumului de droguri pretutindeni în lume, inclusiv în România, ne obligă să analizăm specificităţile acestei conduite deviante de tip evazionist la adolescenţi şi la tineri. În urma unor studii efectuate în 1998, Institutul pentru Cercetarea şi Prevenirea Criminalităţii din cadrul Inspectoratului General al Poliţiei a realizat un "portret robot" al consumatorului tânăr de droguri, din România: *provine din familii dezorganizate sau are părinţi cu studii superioare şi venituri mari; se află în conflict cu profesorii şi colegii, având, în general, repetate sancţiuni şcolare; consumă droguri în special cu prietenii şi mai puţin singur; băieţii sunt slabi sau cel mult mediocri la învăţătură, pe când fetele sunt bune sau foarte bune la învăţătură.* Datele obţinute de alte categorii de specialişti tind să susţină aceste concluzii.

Deşi toxicomanii se recrutează astăzi din cele mai diverse pături ale societăţii, unele persoane par a fi mai vulnerabile, mai predispuse să devină dependente (M. Choquet şi S. Ledoux, 2000, B.G. Ioan, 2003 etc.):

- tinerii, între 18 şi 26 de ani, sunt mai vulnerabili decât persoanele în vârstă;
- bărbaţii sunt mai vulnerabili decât femeile;
- persoanele necăsătorite mai mult decât cele căsătorite;
- cei din mediul urban mai mult decât cei din mediul rural;
- cei cu studii elementare şi medii mai mult decât cei cu studii superioare;
- persoanele aparţinând familiilor destrămate sau disfuncţionale;
- persoanele aparţinând unor grupuri marginale (copiii străzii, deţinuţii) sunt mai expuşi decât alte categorii de indivizi.

Din punct de vedere psihologic, portretul (tânărului) toxicoman poate include trăsături psihice precum: *insuficienta dezvoltare a sentimentului de fi, de a exista, insuficienta valorizare de sine ca urmare a lipsei aprecierii celorlalţi, iubirea de sine redusă în condiţiile lipsei căldurii şi iubirii parentale, lipsa autonomiei psihice, decăderea morală, atitudine imatură atât pe plan emoţional, cât şi intelectual, aşteptările prea mari, dincolo de posibilităţi, generatoare de frustrare* etc.

Într-o cercetare ne-publicată, realizată asupra unui lot de tineri din judeţul Iaşi, am constatat că există unele diferenţe de personalitate între consumatorii (dependenţi) de droguri dure (mai ales heroină) şi nonconsumatori. Diferenţele semnificative dintre cele două categorii ne-au permis conturarea următorului portret al personalităţii consumatorului (dependent), incluzând: emotivitate

atenuată ca rezultat al acţiunii substanţei depresoare (în special, heroina) asupra creierului; tendinţe de blamare a propriului comportament şi un spirit autocritic foarte ridicat; stimă de sine scăzută; complexe de inferioritate atunci când se raportează la alte persoane; anxietate accentuată, mai ales la începutul contactului cu drogul; structură nevrotică accentuată; agresivitate la tinerii adulţi ca urmare a unei perioade mari de consum; un sine.

Toxicomanul nu aparţine unui singur tip de personalitate, de aceea diagnosticul unic poate fi extrem de ineficient. Potrivit lui R. Campbel (2001), consumul abuziv de droguri poate fi favorizat de o multitudine de factori de risc, precum: comportamentul pasiv-agresiv, depresie, disfuncţii de învăţare, de tulburarea afectivă bipolară sau tulburarea de personalitate "borderline". Firesc la vârsta adolescenţei, *comportamentul pasiv-agresiv* este explicat de mânia reprimată ce dă naştere unui comportament negativ, constând în : indolenţă, îmbufnare, uitare, încăpăţânare, ineficienţă intenţionată. Persoanele cu acest tip de comportament au resentimente frecvente faţă de educatori (profesori, părinţi etc.) sau autorităţi (poliţişti, de pildă), nu suportă regulile şi fac tot ceea pot pentru a nu se supune cerinţelor altora faţă de ei (R. Campbell, 2001).

Într-o anchetă realizată asupra unui eşantion larg de adolescenţi din România şi Republica Moldova, A. Stoica-Constantin şi Ticu Constantin (2000, pp.49-54) au analizat percepţia acestora cu privire la numeroasele aspecte ale consumului de droguri, dintre care am selectat câteva:

- *cauzele interne ale consumului de droguri*: curiozitatea, tentaţia "fructului oprit", dorinţa de senzaţii tari, lipsa de maturitate /responsabilitate, problemele personale, necazurile, disperarea, singurătatea, lipsa de prieteni, plictiseala, lipsa unor preocupări interesante, teribilismul şi nevoia de a ieşi în evidenţă;
- *cauzele externe ale consumului de droguri*: anturajul, climatul familial nefavorabil, nivelul cultural-educativ redus, lipsa cunoştinţelor sau falsele informaţii cu privire la droguri, imitarea modelelor din filme;
- *împrejurările favorabile*: tovărăşia toxicomanilor, distracţiile, frecventarea anumitor grupuri şi locuri ascunse, secrete;
- *factorii inhibitori interni ai consumului de droguri*: tăria de caracter, voinţa, maturitatea, teama de dependenţă, conştientizarea pericolului, nu simt nevoia, nu sunt influenţabili, prezenţa idealului sau planului de viaţă;
- *factorii inhibitori externi ai consumului de droguri*: gradul de cultură şi educaţie, teama sau respectul faţă de părinţi şi mediul în care trăiesc.

Motivarea consumului de droguri prin curiozitate, fuga de plictiseală sau lipsa de satisfacţie este frecvent întâlnită. „Aceste "motivaţii" se înscriu într-un parcurs al deziluziei care duce la ură ne-diferenţiată faţă de toţi şi faţă de sine însuşi. Tema plictisului este recurentă. Drogurile, din acest punct de vedere, par să dea sens vieţii, ca să te facă "să te simţi bine", să alungi suferinţa pe moment … Limbajul acestei stări de beţie e sugestiv: "să pleci", "altundeva" sau "absent" … dar, strălucirea este de scurtă durată, iar problemele lor personale nu vor întârzia să se facă iar simţite". Sunt câteva fraze extrase din studiul lui Michel Kokoreff (2000, p.79), care conturează o atmosferă "existenţialistă" a eşecului, disperării, lipsei cronice de satisfacţie şi fugii din faţa realităţii. Din păcate, această "fugă de realitate" face loc, mai departe, problematicii anomiei, pieţei negre şi criminalităţii.

Potrivită părerii lui A.-M. Schmelk (1993, pp.46-50), câţiva dintre cei mai importanţi *factori sociali favorizanţi ai consumului abuziv de droguri* sunt următorii:

- zdruncinarea structurilor şi valorilor sociale asociate cu atomizarea raporturilor sociale. Fiecare este responsabil de propriile acţiuni în mai mare măsură şi nu se mai poate pune la adăpostul tradiţiei. Tânărul pare să înainteze pe o "bandă rulantă" şi nu mai dispune de reperele/limitările stricte, imuabile, de odinioară. Am adăuga aici şi destabilizarea mediului familial şi criza ce pare să ameninţe tot mai mult existenţa familială, în condiţiile creşterii puternice a numărului divorţurilor în ultimele 3-4 decenii şi a accentuării caracterului disfuncţional al unor numeroase nuclee familiale. Toate aceste aspecte contribuie la accentuarea derivei comportamentale a adolescenţilor şi tinerilor;
- accesibilitatea tot mai mare a unor substanţe psihotrope creează riscul "banalizării", al "farmacomaniei";
- mass-media încurajează tendinţele de evadare din realitate, de fugă de realitate şi refugiu în imaginar;
- vulnerabilitatea indusă de sărăcie, şomaj şi ameninţarea cu excluderea.

3. Etapele consumului şi tipuri de consumatori

Howard S. Beker (1955, p.36) nota că în dezvoltarea consumului de marijuana pot fi identificate trei stadii: 1. *debutul* în consum sau momentul în care persoana foloseşte pentru prima dată drogul , 2. *consumul ocazional*, care este sporadic şi dependent de factorii situaţionali şi 3. *consumul regulat*, folosirea substanţei fiind o rutină zilnică.

Mai recent, Comisia Naţională a Abuzului de Droguri şi Marijuana din SUA (apud B.G. Ioan, 2003, p. 64) a indicat existenţa următoarelor ***etape ale consumului de droguri***, fiecăreia corespunzându-i un anumit tip de comportament:

- *consum experimental,* apare la individul care este dornic să experimenteze o stare de spirit nouă şi manifestă curiozitate faţă de efectele unuia sau mai multor droguri;
- *consum recreaţional*, implică utilizarea voluntară a drogului, cel mai adesea, în cadru unui anumit grup. Individul nu este dependent, el putând oricând să renunţe la consum;
- *consum circumstanţial,* este generat de căutarea unor noi efecte, pentru a rezolva responsabilităţile sau dificultăţile cu care individul se confruntă la un moment dat (de exemplu, consumul de amfetamine pentru alungarea oboselii de către şoferii de cursă lungă);
- *consum intensiv,* este motivat de necesitatea menţinerii echilibrului psihic sau al nivelului de performanţă al unui individ confruntat în mod cronic cu situaţiile stresante, tensionate, cu probleme personale ce par a fi fără soluţie etc. Individul nu este încă dependent, fiind şi /sau considerându-se integrat în societate, în activitatea sa curentă, dar nici nu este total detaşat de drog;
- *consumul compulsiv,* este etapa în care se instalează dependenţa psihică şi fizică, în drogul – fiind utilizat frecvent – ajunge să domine întreaga raţiune de a fi a individului, care ajunge să monopolizeze întreaga sa atenţie şi să anuleze celelalte obiective şi preocupări.

Procesul etichetării unei persoane ca fiind consumatoare – arată membrii Grupului de cercetări asupra socialului şi a sociabilităţii (în G. Feréoll, 2000, p. 127) ţine, de regulă, seama de: *gradul de investire în consumul de droguri* (frecvenţe, modalităţi de ingestie) şi de *integrarea individului în universul drogurilor.*

Investire în consumul de droguri / Integrare în universul drogurilor	+	–
+	Toxicoman	Debusolat
–	Consumator împătimit (integrat şi socializat)	Consumator obişnuit (utilizator normal)

Investirea puternică în consumul de droguri include consumatorii dependenţi, iar cea scăzută, consumatorii nondependenţi. Fiecare subiect poate parcurge, în decursul vieţii sale, traseul care face trecerea de la statutul de nonconsumator la cel de consumator şi, în cadrul acestuia, de la un tip de consum la altul. Astfel, eticheta de "toxicoman" acoperă şi, adesea, condamnă o pluralitate de experienţe şi moduri de viaţă. Intrarea în categoria dependenţilor a unui număr tot mai mare de persoane, relativizează reprezentarea dominantă a consumului de droguri şi a influenţelor sale nefaste asupra indivizilor şi a societăţii.

III.4. SINUCIDEREA, CA FORMĂ SPECIFICĂ A CONDUITEI AUTODISTRUCTIVE

Conduita deviantă autodistructivă include o serie de forme nespecifice precum: autodeprecierea, autoacuzarea, automutilarea, autolezarea traumatică, autofagia, tatuajul, solicitarea unor intervenţii chirurgicale, masochismul, narcomania, toxicomania etc. Acestora li se adaugă suicidul, ca formă particulară, specifică şi majoră a conduitei autodistructive, atât ca intensitate de manifestare, cât şi ca reflectare socială.

1. Perspective în definirea suicidului

Etimologic, noţiunea de suicid înseamnă "ucidere de sine" (în latină, *sui* înseamnă "sine", iar *caedere*, "a ucide"). Termenul de suicid a apărut în limba engleză în cursul secolului al XVII-lea iar, înainte de apariţia lui, celelalte limbi (inclusiv, cea română) nu dispuneau decât de perifraze care exprimau acţiunea de "a se ucide pe sine".

Suicidul reprezintă *conduita deviantă autodistructivă majoră*, atât prin modul de realizare, prin efectul produs şi prin planurile în care se proiectează. El apare ca un *act personal* (prin aspectul său biologic şi psihologic), ca un *act antisocial* (deoarece presupune suprimarea unei vieţi) şi ca *un fenomen social* (prin unele dintre cauzele şi implicaţiile sale). Cu alte cuvinte, sinuciderea nu are doar o valoare *biologică-instinctuală,* ci şi o dimensiune *psihologică* (prin motivaţiile individuale care o susţin), *socială* (prin raportarea la valorile, atitudinile, normele juridice sau relaţiile sociale dintr-o comunitate umană), *etică* (prin raportarea la normele morale) sau *filosofică (*în măsura în care, suicidul este una din problemele centrale ale filosofii în plan existenţial). În legătură cu acest ultim aspect, A. Camus notase: "Nu există decât o problemă filosofică cu adevărat importantă, sinuciderea. A hotărî dacă viaţa merită sau nu să fie trăită înseamnă a răspunde le problema filosofică fundamentală".

Suicidul a devenit o *problemă socială* în societăţile moderne, el situându-se pe locul 3 sau 4 ca importanţă printre cauzele de deces. În România, în ciuda unor fluctuaţiilor, există o uşoară tendinţă de creştere a ratei sinuciderii, la ambele sexe (păstrându-se raportul de 3 sinucideri ale bărbaţilor la 1

suicid feminin), la toate categoriile de vârstă, dar mai ales după vârsta de 60-65 de ani (S.M. Rădulescu, 1999, pp. 245-248).

Deoarece sinucigaşii se sustrag presiunilor sociale, renunţă la apartenenţa lor socială şi grupală şi sfidează sau rănesc autoritatea colectivă încorporată în norme, sociologii consideră că suicidul este *o conduită deviantă*, *un eşec de conformare la normele sociale (morale sau juridice) ce interzic suprimarea vieţii*. Cauzele lui sunt de natură socială, afirmase E. Durkeim, din moment ce există situaţii mai mult sau mai puţin favorabile sinuciderilor. Spre exemplu, lipsa de integrare socială, rigoarea excesivă a codului moral care sporeşte ocaziile de a greşi şi de a se compromite, perioadele de pace sunt favorabile creşterii ratei sinuciderii, după cum perioadele de război, care întăresc coeziunea socială şi oferă o raţiune de a trăi, cu precădere persoanelor căsătorite, se asociază cu rate mai scăzute ale suicidului. În "*Cauzele suicidului*" (1930), Maurice Halbwachs a arătat că la originea tuturor tipurilor de sinucidere stă sentimentul unei "solitudini definitive şi iremediabile".

Cauzele suicidului sunt la fel de complexe ca şi personalitatea sinucigaşului, susţin psihologii. Ei admit faptul că unele dintre aceste cauze sunt preponderent individuale (psihologice), iar altele preponderent sociale. Pentru unii indivizi, presiunile sociale, evenimentele traumatice, decepţiile, boala sau consumul de stupefiante pot servi drept catalizator al morţii voluntare. Pentru alţii, o serie lungă de tulburări ale personalităţii sunt factori predispozanţi ai suicidului.

Psihanaliza a sugerat faptul că eul nu se poate suprima (ucide) pe sine, el putând doar re-direcţiona o atitudine de ostilitate, cu privire la alţii, împotriva sa. La baza sinuciderii s-ar afla deci instinctele agresive ale fiinţei umane, care nu se pot îndrepta spre alţii datorită presiunilor şi controlului social. S. Freud a dat această primă explicaţie suicidului în 1905. Ea tinde să fie confirmată astăzi în cercetările medicale care susţin că supramortalitatea masculină prin suicid se datorează secreţiei de testosteron, hormonul masculin care condiţionează agresivitatea. În 1920, Freud a revenit asupra primei sale concepţii, propunând teoria instinctului morţii (Thanatos) opus celui al vieţii (Eros). În anumite condiţii, primul ar putea deveni mai puternic decât cel din urmă, individul fiind atunci tentat la autodistrucţie, inclusiv prin suicid.

Neuropsihologii au indicat iniţial faptul că serotonina este un neurotransmiţător implicat în producerea stărilor emoţiilor şi dispoziţiilor afective. Ulterior, ea fost corelată în mod deosebit cu depresia, agresiunea şi impulsivitatea, atribute care sunt evidente în cele mai impulsive şi agresive sinucideri (J.P. Dworetzky, 1985). Această presupunere a fost verificată şi confirmată prin compararea creierului victimelor suicidului, cu cel al victimelor accidentale.

Behavioriştii sugerează că observarea efectelor suicidului altor indivizi determină o întărire a comportamentului, că ceilalţi care au optat pentru moartea voluntară pot servi ca modele de conduită (L.A. Leffton, 1991). Într-adevăr, unele studii sugerează că după prezentarea pe prima pagină a ziarelor a unor cazuri de suicid, cu detalii numeroase, se poate constata o creşterea numărului celor care se decid să-şi ia viaţa. Totuşi, această explicaţie nu este întotdeauna valabilă.

Cognitiviştii consideră că suicidul reprezintă eşecul capacităţilor persoanei de a-şi rezolva problemele sub presiunea stresului sau, alternativ, rezultatul evaluării cognitive privind viitorul nefericit, lipsit de speranţă al persoanei.

Reprezentanţii paradigmei umaniste consideră că suicidul constituie o pierdere a potenţialului uman, ei propunându-şi să ajute pe pacienţii cu tendinţe depresive şi suicidare să se concentreze asupra a ceea ce este semnificativ în viaţa lor, astfel încât să se poate autorealiza, în loc să se

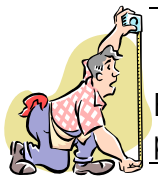
autodistrugă. Stresul produs de diferite traumele determină reacţiile diferite ale indivizilor. Astfel, unii indivizi pot suferii un stres sever în situaţii în care, alţii nu sunt stresaţi şi nici nu văd motivele conflictului sau stresului.

La rândul lor, *psihiatrii* consideră că perturbarea atitudinii faţă de lume şi viaţă se poate manifesta prin diverse manifestări aberante, printre care şi suicidul – ce ameninţă însăşi existenţa fizică a persoanei. Nosologic, el se încadrează în entitatea suicidopatiei, ce face parte din categoria dispsihobiozelor, definite ca *deformări ale experienţei vieţii şi conduitei, ca deviaţii ale cursului normal al existenţei*. Acestea (implicit suicidul) prezintă atât *aspecte subiective (felul de a trăi anormal situaţia),* cât şi *obiective (comportamente anormale)*.

Psihologii şi psihiatrii conchid că, sinuciderea reprezintă *o tulburare a adaptabilităţii la condiţiile de viaţă şi de activitate*, sinucigaşul urmărind nu atât moartea sa, cât desfiinţarea propriei persoane. Este o reacţie de evaziune, de fugă de viaţă, de modul în care aceasta se prezintă.

Jean Baechler (1975) susţine că suicidul nu trebuie studiat pe baza datelor statistice, ci pe baza studiului de caz individual. Suicidul este o conduită personală: epidemiile de suicid, ca şi sinuciderea la animale sunt mituri. Patrimoniul genetic îl înzestrează pe individ cu o anumită agresivitate şi cu o anumită capacitate de a se adapta condiţiilor de viaţă. Dar, decizia de a-ţi suprima viaţa, alegerea finală aparţine individului sau, cum ar fi spus Voltaire, este o problemă de libertate individuală. Iar dintre toate vieţuitoarele, doar omul dispune de conştiinţa morţii.

Sinuciderile unor personaje celebre, precum Stefan Zweig, Henry de Montherlant, Cesare Pavese, Arthur Koestler, Pierre Bérégovoy, Bruno Bettelheim, Marilyn Monroe, Dalida etc., ca şi numărul mare al sinucigaşilor "populari" sau al sinuciderilor colective cu caracter ritual (vezi cazul sectei "Templul Poporului" din America de Sud, din 1978, sau al sectei "Ordinul Templului Solar" din Elveţia, din 1994) justifică din plin necesitatea aprofundării analizei fenomenului suicidar.



A C T I V I T A T E

Extrageţi principale idei şi definiţii ale suicidului din perspectiva sociologică, psihologică şi psihiatrică.

2. Interpretarea sociologică a conduitei suicidare

Suicidul era atât de răspândit în Anglia până la mijlocul secolului al XVIII-lea, încât mulţi l-au considerat o urgenţă naţională. Problema era la fel de importantă şi în restul Europei, în întreaga perioadă a revoluţiei industriale timpurii. Astfel, au fost stabilite *legături între procesul industrializării şi creşterea incidenţei suicidului*. În unele întreprinderi, procentajul dezadaptării a atins cifre extrem de ridicate. Legile concurenţei, ale pieţei, pericolul şomajului etc. presează asupra sentimentului de securitate, baia de stresuri devenind tot mai densă. Depresia apare ca simptom nevrotic în societăţile de tip colectivist, în care este împiedicată afirmarea şi exprimarea liberă a persoanei, în timp ce anxietatea apare, în primul rând, în condiţiile competiţiei - afirmau Disertori şi Piazza, citaţi de I. Cucu (1983).

J. Krupinski (1979) observa pentru statul Victoria (Australia) incidenţa mai mare a suicidului la bărbaţi în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, comparativ cu orice moment al secolului XX. Această constatare sugerează existenţa unei *legături între urbanizare şi suicid*. Incidenţa mai mare a sinuciderii în mediul urban se datorează vieţii artificiale şi psihotraumatizante în condiţiile supraaglomerărilor

urbane, izolării sociale şi anonimatului în marile oraşe, spre deosebire de denselor reţele sociale din mediul rural. La New York, de pildă, un om din trei este etichetat medical sau psihologic ca nevrotic. Dacă se supraaglomerează artificial o populaţie de şoareci, în cadrul limitat al unei cuşti, în scurt timp apare fenomenul de "alienare psihogenă" de supraaglomeraţie, manifestat prin comportamente aberante precum: abandonarea noilor născuţi, comportamente canibalice, homosexuale etc.

În prezent, mediul social este dominat mai mult de conflicte conştiente şi de necesitatea unei inhibiţii instinctuale puternice, în timp ce, până la mijlocul secolului XX predominante erau refulările în inconştient, conflictele neconştientizate (responsabile de frecvenţa mare a isteriei , obsesiilor şi fobiilor). Actualmente, procesul de industrializare şi urbanizare, amplificarea factorilor de stres, poluarea, relaţiile interpersonale deficitare favorizează dezvoltarea dezadaptărilor generale, creşterea nevrozelor şi a simptomelor psihosomatice. Cu alte cuvinte, societatea favorizează nevrotizarea generală, colectivă, (constituind o anticameră a nevrozelor propriu-zise) şi dezvoltarea nevrozelor anxioase, a neurasteniei, depresiei, iritabilităţii, senzaţiei de insecuritate, insatisfacţie etc. Astfel, sesizarea *legăturii dintre suicid şi bolile mentale* au generat discuţii privitoare la rolul factorilor de stres social în apariţia manifestărilor psihopatologice.

Pentru Durkheim, autorul doctrinei sociologice a sinuciderii, numărul de sinucideri dintr-o societate reflectă gradul de coeziune şi de sănătate mintală a colectivităţii. Altfel spus, sinuciderea variază invers proporţional cu gardul de integrare al societăţii religioase, domestice şi politice. Ea este, mai ales, *simptomul anomiei* - ca diagnostic al stării patologice a societăţilor moderne. Anomia implică apariţia schimbărilor sociale profunde (ce dislocă elementele sistemului social), absenţa reglării adecvate a funcţionalităţii sistemului, disoluţia vieţii morale, a autorităţii normelor şi valorilor sociale. Totuşi, faptul că în unele ţări (Danemarca, de ex.) incidenţa suicidului a fost foarte mare şi înainte de apariţia proceselor de industrializare şi urbanizare sau că în alte ţări (cum ar fi Norvegia), frecvenţa suicidului a scăzut chiar pe fundalul dezvoltării acestor procese sugerează că, factorii sociali legaţi de suicid sunt mai complecşi decât simpla dihotomie industrializare-neindustrializare sau urban-rural.

Mai recent, într-unul din cele mai complexe studii destinate suicidului, P. Sainsbury (1986) a examinat nivelul a 15 variabile sociale, în 18 ţări, pentru intervalele: 1961-1963 şi 1972-1974. Cercetarea a permis constatarea faptului că suicidul creşte odată cu:

- creşterea anomiei,
- creşterea bunăstării şi abundenţei de produse,
- numărul femeilor angajate în muncă (atât la femei, cât şi la bărbaţi),
- creşterea şomajului, a pierderilor locului de muncă,
- schimbările care conduc la o sărăcie relativă.

Utilizând ecuaţiile regresie, Sainsbury a realizat predicţia apariţiei suicidului în cele 18 ţări europene studiate, ţinând seama de următoarele 5 variabile: procentul divorţurilor, procentul de şomeri, procentul crimelor, procentul de femei angajate în câmpul muncii şi procentul persoanelor cu vârsta de peste 15 ani. Predicţiile au fost comparate cu frecvenţele reale constate după un deceniu. Ele s-au dovedit a fi extrem de corecte: frecvenţa sinuciderilor a scăzut în Marea Britanie şi Grecia, şi a crescut în ţări precum: Polonia, Olanda, Danemarca, Irlanda şi Ungaria. Acest studiu arată în mod clar că frecvenţa apariţiei suicidului se află corelaţie cu multiple variabile sociale, care pot fi utilizate ca factori predictivi ai acestuia.

Dar, *factorii sociali şi anomia nu exclud existenţa factorilor psihologici individuali.*

3. Aspectele psihologice şi psihiatrice ale conduitei suicidare

Mulţi autori au vorbit de o dinamică intrapsihică a suicidului. Sinuciderea reprezintă, pentru majoritatea psihologilor şi psihiatrilor, un act specific persoanelor care suferă de diferite tulburări afective care le împiedică să se adapteze şi să facă faţă încercărilor şi presiunilor vieţii. Este un act determinat de o stare psihică ambivalentă ce implică, deopotrivă, curajul şi laşitatea. D-na de Stäel observase în urmă cu aproape două sute de ani: "n-am avut dreptate să pretindem că sinuciderea este un act de laşitate: această aserţiune forţată nu a convins pe nimeni; dar trebuie să distingem în acest caz curajul, de fermitate. Pentru a te sinucide e necesar să nu te temi de moarte; dar înseamnă să-ţi lipsească fermitatea sufletului să nu fi în stare să suferi" (apud G. Minois, 2002, p.291).

De regulă, persoanele care se sinucid nu reuşesc să găsească soluţii la problemele care apar în mod firesc în decursul oricărei existenţe umane. Multe indivizi pot fi copleşiţi în momentele dramatice ale existenţei lor de "gândul morţii", ca un gen de criză existenţială, însă puţini sunt capabili să treacă la actul autosuprimării vieţii. În faţa problemelor, unii indivizi se mobilizează pentru a ieşi din situaţia constrângătoare şi dificilă, alţii încearcă să evite situaţiile problematice; unii recurg la diverse conduite evazioniste (alcoolism, consum de droguri, fanatism religios etc.), iar alţii recurg la suicid, convinşi că au epuizat toate alternativele de acţiune.

Psihologii considera că suicidul este legat de factori precum: ostilitatea, disperarea, ruşinea, vinovăţia, dezonoarea, dependenţa, lipsa de speranţă, plictiseala, toate de o foarte mare intensitate, devenită insuportabilă. De asemenea, stresul, deprivarea afectivă şi sentimentul puternic de a fi respins apar frecvent la persoanele cu intenţii suicidare.

Psihanaliza a vorbit de pierderea şi regăsirea obiectului, distrus în interiorul persoanei, care îşi "plăteşte vina" prin moarte. Prin "pierderea obiectuală" trebuie înţeles nu numai pierderea relaţiei cu cineva, ci şi sentimentul de frustrare produs de acest lucru. Pierderea generează la persoanele predispuse la depresii să trăiască emoţii de furie şi ură, care sunt redirecţionate asupra propriei persoane, deoarece persoana nu poate accepta pierderea obiectului respectiv (K. Abraham, 1934). Mai recent, Heriz Henseler (1982) face următoarea sistematizare psihanalitică a motivelor suicidare: distrugerea unui obiect internalizat, autoagresiune, sentimente de culpă şi autopedepsire, răzbunare, descărcare paroxistică a unei tensiuni agresive, nevoia de a stăpâni o situaţie în întregime, faptul de a se simţi "mort" interior, reîntoarcerea la trăiri infantile, căutarea de contacte sociale printr-un joc al hazardului, dorinţe simbiotice cu cineva mort, încercarea de "evadare", credinţa într-un nou început (într-o nouă formă de existenţă sau în reîncarnare). Lista acestor motive sugerează faptul că tendinţele autoagresive nu epuizează, totuşi, întregul cortegiu al structurilor motivaţionale suicidare.

În acord cu teoria freudiană a instinctului morţii, K.A. Menninger (1938, 1974) considera că suicidul reprezintă rezultatul unui proces evolutiv îndelungat, de continuă acutizare a tendinţelor autodistructive. Autorul aprecia că, la baza conduitei suicidare stau trei motive esenţiale, neevidenţiabile în stare pură, supuse diferitelor influenţe din mediul, a frustrărilor intelectuale sau a tulburărilor de dezvoltare a Eului:

- *dorinţa de a ucide*, ca expresie a agresiunii orientată extern;
- *dorinţa de a fi ucis*, ca expresie a acţiunii conştiinţei morale asupra primei dorinţe;
- *dorinţa de a muri*, ca expresie a instinctului morţii.

Deşi sugestivă în plan antropologic, teoria instinctului morţii a rămas extrem de deficitară în plan clinic-terapeutic.

Una dintre semnificaţiile interesante acordate suicidului, din perspectiva psihanalitică, aparţine lui G. Zilboorg, care se întreba dacă dincolo de aspectele autoagresive şi autopunitive suicidul nu este şi o încercare de "autoimpunere paradoxală", de epatare a unui Eu deficitar. Un alt aspect contradictoriu care poate explica psihodinamica suicidară este aceea a crizei valorii individuale şi a modalităţilor de compensare ale ei. H. Henseler (1971) a scos în evidenţă existenţa la subiecţii nepsihotici, cu tentative de suicid, a următoarelor elemente narcisice: existenţa unor preocupări narcisiste cu mult înainte de realizarea tentativei de suicid, acestea au canalizat apariţia unor conflicte narcisice care au alimentat tendinţele autodistructive, conflictele pot fi legate de sistemul de valori şi dorinţa de a exercita autoritate şi putere, de identitatea psihosexuală şi de acceptarea propriei condiţii.

Edwin Ringel a identificat *trei constante psihologice* care apar în conduita suicidară (apud S.M. Rădulescu, 1999, p.220):

- restrângerea alternativelor de răspuns, a soluţiilor de rezolvare a unei probleme personale, astfel încât sinuciderea este considerată a fi singura soluţie posibilă;
- existenţa unei situaţii extrem de frustrante sau culpabilizante;
- prezenţa unor fantasme suicidare prin intermediul cărora individul îşi planifică şi pregăteşte actul sinuciderii.

La rândul său, Edwin S. Shneidman (1987) stabileşte următoarele *caracteristici* ale actului suicidar:

- de regulă, scopul sinuciderii este căutarea unei soluţii, din dorinţa de a pune capăt unei stări insuportabile;
- impulsul obişnuit al actului suicidar îl reprezintă o suferinţă sau durere psihică intolerabilă;
- factorul stresant obişnuit în actul suicidar îl reprezintă frustrarea unor trebuinţe psihice;
- sentimentele obişnuite în sinucidere sunt disperarea şi neajutorarea;
- starea cognitivă obişnuită în sinucidere este ambivalenţa;
- câmpul perceptiv (câmpul conştiinţei) este dominat, de regulă, de senzaţia de apăsare şi constrângere;
- acţiunea obişnuită în sinucidere este evadarea;
- rezistenţa obişnuită în actul sinuciderii este dată de compararea cu modelele vieţii.

Deşi mulţi indivizi cu tendinţe suicidare pot suferi de unele tulburări afective, Edwin Shneidman şi Norman Farberow (1970) au indicat faptul că suicidul poate fi privit ca o consecinţă unor decizii raţionale, autorii identificând *patru tipuri de "gânduri suicidare"*. Categoriile lor au la bază studiul a peste 700 de bilete lăsate de sinucigaşi. Primul tip se numeşte *catalogic* şi caracterizează persoanele care recurg la suicid datorită depresiei şi autodevalorizării, rezultate dintr-o gândire raţională. Poate fi cazul unui bărbat părăsit de soţia şi copiii săi, care se sinucide pentru a scăpa de sentimentele de disperare şi singurătate.

Cel de-al doilea tip este cel *contaminat*, care apare la indivizii ce cred că moartea reprezintă o trecere spre o lume mai bună (rai) sau un mijloc de a salva aparenţele, de a ieşi cu faţa curată dintr-o încurcătură. Este cazul, spre exemplu, al omului de afaceri lipsit de scrupule a cărei fraudă a fost descoperită şi care se sinucide pentru ca familia şi prietenii săi să fie scutiţi de neplăcerile unui proces şi ale oprobiului public.

Al treilea tip de gânduri suicidare este numit *paleologic*. El se aplică indivizilor care se sinucid ca urmare a halucinaţiilor şi deziluziilor. De pildă, oamenii care sunt convinşi că au făcut ceva de

neiertat, că au păcătuit grav, se pot sinucide pentru a "răspunde" vocilor pe care le aud şi care îi sfătuiesc să îşi pună capăt zilelor.

Ultimul tip de gânduri suicidare este cel *logic*. El este specific indivizilor care iau decizia raţională de a se sinucide pentru a scăpa de o povară insuportabilă. Autorii oferă exemplul unui dublu suicid, cel al preşedintelui unui seminar teologic şi a soţiei lui. Ca urmare a unui atac cerebral, bărbatului i-au fost puternic afectate vorbirea şi capacităţile fizice, iar soţia lui suferea de o artrită galopantă. Amândoi au ajuns la concluzia că, lipsa stării de sănătate îi împiedică să aibă o viaţă demnă şi satisfăcătoare. În discuţiile cu prietenii, cei doi soţi afirmaseră că, perspectiva creştină asupra suicidului ca păcat a devenit desuetă ca urmare a progreselor înregistrate în medicină, care permit prelungirea vieţii indivizilor, în absenţa capacităţii lor de a se bucura de ea. În scopul autosuprimării vieţii, cei doi au apelat la o mare cantitate de somnifere.

În mod similar, pe baza analizei de conţinut a biletelor sau scrisorilor lăsate de sinucigaşi, Alex Thio (1988) identifica patru tipuri de *sentimente suicidare*:

- *sentimente de scuză şi apărare*, ca atunci când sinucigaşul îşi cere scuze pentru gestul său persoanei sau persoanelor cele mai apropiate;
- *sentimente vindicative faţă de sine sau faţă de alţii*. Indivizii care au făcut ceva rău, care au sentimentul culpabilităţii se pot hotărî să se sinucidă pentru a se pedepsi astfel (de exemplu, sinuciderea-remuşcare poate să apară după comiterea unei crime). Adesea, altcineva (soţul/soţia, iubitul /iubita) este acuzat pentru gestul disperat şi "pedepsit" prin mesajul care rămâne;
- *sentimente de generozitate*, ca atunci când sinucigaşul îşi donează cadavrul instituţiilor şcolare cu profil medical sau averea (dacă este bogat) unor instituţii sociale şi de binefacere;
- *sentimente suprarealiste,* trăite în momentul comiterii suicidului. Frustrarea care împinge individul la suicid poate da naştere unei stări paradoxale de calm, pe fundalul căreia să apară, spre exemplu, lipsa senzaţiei de durere în momentul tăierii venelor şi revenirea dorinţei de a trăi la vederea şi mirosul sângelui sau senzaţia de orgasm urmată de sentimentul eliberării şi de un somn adânc.

Psihiatrii admit şi ei faptul că la sinucigaşi, tulburările mintale severe sunt rare, marea majoritate a actelor suicidare reprezentând rezultatul unor decizii conştiente, raţionale. Totuşi, sindromul depresiv este cel care deschide uşa suicidului. V.T. Dragomirescu (1976) a constatat frecvenţă maximă a tentativei de suicid şi a sinuciderii realizate (cu conţinut psihopatologic) în cazul indivizilor suferind de etilism cronic, iar V. Predescu şi colaboratorii săi (1983) arătau că, sinuciderile şi tentativele de suicid apar cu prioritate la următoarele categorii de bolnavi psihic: melancolici (2/3 comit tentative şi 10% suicid), alcoolici, toxicomani, epileptici, psihopaţi, ş.a. Aceste grade de risc pot fi utilizate în predicţia apariţiei conduitei autoagresive la un individ. De asemenea, un risc sporit de suicid apare în cazul bătrânilor solitari şi în mediul de detenţie.

TEMĂ DE EVALUARE

Ţinând seama de principalii factori sociologici, psihologici şi psihiatrici ai comportamentului suicidar, realizaţi un portret al personalităţii subiecţilor predispuşi la suicid şi a condiţiilor în care acesta s-a dezvoltat (3 pagini).

4. Etape, tipuri şi indicatori ai actului suicidar

Dacă pentru a desemna *actul suicidar reuşit* se folosesc noţiunile de suicid sau sinucidere, pentru desemnarea *actului ratat* se foloseşte conceptul de tentativă de suicid. În strânsă relaţie cu aceste noţiuni se utilizează şi termenii de "idei suicidare" (ca reprezentări mintale ale actului) şi de "şantaj suicidar", care vizează încercarea de a obţine, prin simularea sinuciderii, a anumitor avantaje (morale sau materiale), care nu pot fi obţinute altfel.

Conduita suicidară prezintă trei ***etape sau faze distincte***: suicidaţia, suicidacţia şi traumatizaţia (V.T. Dragomirescu, 1976).

Suicidaţia este faza de incubaţie, de punere a problemei morţii şi a necesităţii de a muri. Această etapă poate avea cauze patologice (fondul eredo-constituţional, diverse tulburări psihice) sau social-culturale (dezadaptarea socială, relativizarea normelor morale, scăderea sau creşterea coeziunii grupale etc.). Acestea conduc la formarea motivaţiei corespunzătoare pregătirii actului suicidar.

Suicidacţia reprezintă faza de trecere la imaginile conflictuale abstracte, la decizia înfăptuirii sinuciderii şi pregătirea ei concretă (constând în căutarea mijloacelor şi metodelor autodistrugerii). Ea este întreţinută de diferite circumstanţe psihopatologice (etilismul cronic, narcomaniile, stările reactive, psihopatiile etc.), somatogene (infirmităţi, malformaţii congenitale, diferite boli somatice grave, incurabile precum cancerul sau SIDA) şi sociogene (prozelitism, văduvia, mediul conflictual familial, gelozia, adulterul, separarea sau divorţul, ratarea profesională, urmărirea penală etc.). Este momentul în care are loc explozia conduitei autodistructive.

Traumatizaţia este faza de punere în practică a suicidului, urmat sau nu de moartea subiectului. În acest sens, importante sunt metodele folosite şi efectul acestora. Efectele pot fi specifice sau psihopatologice (suicidul realizat, tentativa de sinucidere, şantajul suicidar) şi nespecifice sau sociale (ca în cazul tipurilor de suicid: egoist, altruist sau anomic, menţionate de E. Durkheim).

Tipologiile suicidului sunt extrem de numeroase. În afară de tipologia lui Durkheim, prezentată anterior, s*uicidul poate fi individual sau colectiv.* Acesta din urmă ia frecvent forma protestului social sau politic (ca în cazul sinuciderii călugărilor budişti, care protestau împotriva regimului politic din Vietnamul de Sud) sau o formă rituală (pe fundalul sugestiei persuasive a unui lider religios, aşa cum s-a întâmplat în1994, în Elveţia cu membrii sectei "Ordinul Soarelui").

În funcţie de scop, suicidul poate fi de şantaj, oblativ (sau de sacrificiu) şi ordalic - ca probă a nevinovăţiei. De asemenea, suicidul poate fi raţional sau iraţional. Indicatorii cei mai pregnanţi ai suicidului raţional sunt următorii: 1. capacitate a de a raţiona, 2. percepţia corectă a realităţii, 3. utilizarea informaţiilor acurate şi adecvate, 4. evaluarea corectă a dezavantajelor şi 5. compatibilitatea cu interesele sale fundamentale. Mai adecvat ar fi să considerăm că, actul suicidar poate fi mai mult sau puţin intenţionat, mai mult sau puţin impulsiv, mai mult sau mai puţin conştientizat, mai mult sau puţin gândit şi planificat.

H. Ey a propus o tipologie a suicidului *în funcţie de personalitatea sinucigaşului*:

1. *sinuciderea emotiv-impulsivă*, care răspunde unei modalităţi reactive psiho-organice frecvent întâlnite la adolescenţi, cu o vie şi explozivă emotivitate. În acest caz, suicidul este declanşat de acumularea unor traumatisme afective pe o perioadă întinsă de timp;
2. *sinuciderea imaginară*, în care subiectul imită un act exterior, pe care îl recreează imaginativ, pentru nevoile sale interioare dar, fără vreo legătură cu realitatea obiectivă;

3. *sinuciderea pasională* este rezultatul unei iubiri intense neîmpărtăşite în mod real sau doar astfel percepute, rezultatul geloziei etc.;
4. *sinuciderea simulată*, cu funcţie esenţială de şantajare a intimilor sau cunoştinţelor.

În funcţie starea de sănătate sau boală a vieţii psihice a sinucigaşului şi de cauzalitatea endo- şi exogenă a actul sinuciderii, acesta din urmă poate fi:

1. *nepatologic/exogen*, determinat de factorii de ordin relaţional ce acţionează asupra individului sub forma presiunilor externe şi care determină schimbarea atitudinii lui faţă de realitate, faţă de ceilalţi şi faţă de norme şi valori. Persoana prezintă o rezistenţă scăzută la stres; ea se sinucide pentru se elibera de tensiunea insuportabilă.
2. *patologic/endogen*, determinat de prezenţa factorilor endogeni, care conduc la scăderea capacităţii de autoapărare a individului, la slăbirea instinctului său de autoconservare.

Indicatorii. După modul de desfăşurare, putem vorbi de suicidul realizat şi de tentativa de suicid. Suicidul realizat - inclusiv cel nereuşit - se deosebeşte de tentativa de sinucidere, în mod paradoxal, nu atât prin finalizarea actului, cât mai ales prin conţinutul stărilor de conştiinţă. De asemenea, spre deosebire de suicid, tentativa pare adesea lipsită de înţelegerea sensului ireparabil al actului. Printre *indicatorii tentativei de suicid* se află:

- exteriorizarea prin semne uşoare, precum nevoia de a consulta un medic (în S.U.A., ¾ dintre sinucigaşi au consultat un medic în ultimele patru luni dinaintea comiterii actului);
- exprimarea verbală deschisă a intenţiei de suicid (fie şi sub forma unei glume), pe care nimeni nu pare să o ia în serios;
- în cazul adolescenţilor, percepţia eşecului şcolar deşi, doar în 11% din cazuri tinerii sinucigaşi prezintă probleme şcolare serioase, arată J.P. Dworetzky (1985, p. 440);
- retragerea din relaţiile sociale, deoarece nu se simt iubiţi în familie, sunt respinşi de prieteni sau datorită eşecului în relaţia intimă, sexuală;
- instalarea sindromului presuicidar, caracterizat prin: întoarcerea spre sine, dezangajare, sentimentul de eşec, agonie morală, inhibarea agresivităţii, îngustarea câmpului conştiinţei, fuga de realitate, depersonalizare, visuri anxiogene, coşmaruri etc.

Suicidul nu urmează imediat unei tentative, ci după o perioadă de latenţă de cca. 3-12 luni. *Factorii lui predictivi* diferă în funcţie de genul persoanei:

- La bărbaţi: tentativele anterioare, alcoolismul, ingestia de alcool înainte de tentativă.
- La femei: tentativele anterioare, decesul tatălui înainte de 10 ani, instabilitatea rezidenţei (4 schimbări în 5 ani), dezechilibrul caracterial, toxicomania, tratamentul psihiatric.

5. Frecvenţa şi semnificaţiile actului suicidar

Statisticile indică suicidul ca fiind cauza 3-4 cauză a deceselor, la persoanele de peste 14 ani, iar raportul dintre tentativele de suicid şi sinuciderea realizată este de 10 la 1 (I. Cucu, 1983, p.122). Suicidul este mai frecvent în Europa de Nord decât în sud, mai frecvent în ţările protestante decât în cele catolice, mai frecvent în ţările dezvoltate economic decât în cele slab dezvoltate, mai frecvent în perioadele de pace şi în timpul crizelor economice decât în cele de război.

Variabila vârstei. Suicidul este mai frecvent de la vârsta de 14-15 ani şi până la vârsta de 65 de ani, cu două creşteri puternice la adolescenţi şi la vârsta a treia. Raportul dintre numărul sinuciderilor în adolescenţă şi la vârsta a treia este de 1/3 (C. Păunescu, 1994, p.68). Prin urmare, *sinuciderile sunt cel mai frecvente la vârste înaintate*, o treime din sinucideri producându-se după vârsta de 60 de ani, iar

un sfert după vârsta de 65 de ani (S.M. Rădulescu, 1999, p.246). Pe grupe de vârstă, tentativele de suicid predomină între 15 şi 30 de ani.

La copiii sub vârsta de 15 ani suicidul este foarte rar, fiind vorba, mai curând, de un "pseudosuicid", de un act nepregătit, involuntar, imitativ sau ludic. Adolescenţa reprezintă un stadiu de dezvoltare dificil, în care forţele pulsionale se confruntă cu puternicele presiuni sociale şi cu importante exigenţe morale. Adolescenţii cu tentative de suicid prezintă o conduită în limitele normalităţii. Trăsăturile lor patologice fiind nestructurate sau izolate, adesea, nu pot fi identificate clinic. Aproape întotdeauna sunt prezente tulburări de comportament şi de caracter, reacţii depresive, nevrotice, de hipersensibilitate etc. Adolescentul sinucigaş trăieşte într-un mediu psihosocial grav perturbat, care contribuie la apariţia şi amplificarea sentimentului de insecuritate afectiv-relaţională. Cei mai mulţi sinucigaşi nu au familie sau trăiesc într-un climat familial conflictual, sunt respinşi de unul din părinţi sau de amândoi. Acestora li se adaugă precocitatea şi eşecul relaţiilor sexuale, eşecul şcolar, devalorizarea prin eşec, mediul şcolar excesiv de competiţional etc.

Sinuciderile la adulţi şi vârstnici au mai ales cauze biologice, patru din cinci sinucigaşi suferind de pe urma unei boli, în ierarhia cărora, bolile metale se află pe ultimul loc. Ca urmare a suferinţei somatice îndelungate apare o intensitate extraordinară a depresiei, care poate da naştere morţii voluntare prin sinucidere sau euthanasie. Dacă, sinucigaşii preferă în general mijloacele mai puţin dureroase sau cu efecte vitale nesigure, în cazul suferinzilor cronici adulţi sau vârstnici, modalitatea de realizare a actului este violentă, construită şi premeditată îndelung, obsesiv şi disimulat.

Lipsa protecţiei sociale a bătrânilor, lipsurile materiale, sentimentul de inutilitate şi abandon total, singurătatea, văduvia, traumele emoţionale sunt câteva dintre variabilele care determină creşterea numărului de sinucideri la persoanele de vârsta a treia. La acestea se adaugă modificărilor psihopatologice care afectează personalitatea bătrânilor:

- stările maniacale pre-senile, caracterizate prin agitaţii nocturne, confuzie mintală, halucinaţii vizuale şi auditive, deliruri care se pot finaliza cu autosuprimarea;
- psihozele delirante cronice, dominate de stările delirante sistematizate (vizual, cenestezic şi genital, cel mai adesea) şi delirul de frustrare materială, de furt, deposedări abuzive etc.;
- stările paranoice de involuţie, în care locul principal revine automatismelor mintale, ideilor de persecuţie etc.

Variabila sexului. Incidenţa tentativei de suicid este mai mare la femei (77% din cazuri), la toate grupele de vârstă, în timp ce suicidul realizat este mai frecvent la bărbaţi, situaţie confirmată, de regulă, la vârsta adultă (T. Pirozynski. V. Chiriţă şi P. Boişteanu, 1991, p.126). Statisticile privind dinamica sinuciderilor pe sexe în perioada 1989-1992, în România, arată că sinuciderile bărbaţilor sunt de 3 ori mai frecvente decât cele ale femeilor. Ca modalităţi de suicid, bărbaţii recurg mai frecvent la mijloace dure (de ex., prin spânzurare), iar femeile la mijloace mai blânde, cu scopul de a realiza o moarte mai uşoară (spre ex.., cu ajutorul substanţelor toxice). De asemenea, riscul suicidului creşte la femei treptat până la vârsta de 50 de ani, după care începe să scadă. La bărbaţi acest risc creşte constant, mai ales după 60 de ani.

Variabila stării civile. Un factor care diminuează riscul de sinucidere este mariajul, la care se adaugă existenţa copiilor. La ambele sexe, cele mai numeroase sinucideri se înregistrează la văduvi, urmaţi de celibatari, divorţaţi şi, pe ultimul loc, persoanele căsătorite. De asemenea, aproape 50% la sută dintre sinucigaşi nu au nici un copil, iar scăderea natalităţii din ultimele decenii a fost însoţită de creşterea numărului sinuciderilor.

Variabila statului socio-profesional. În Europa, numărul cel mai mare al sinuciderilor se înregistrează printre intelectuali, mai ales printre medici, iar în S.U.A., printre medici şi ofiţerii de poliţie. În România, nu avem date relevante în legătură cu această variabilă, dar se pare că numărul sinuciderilor creşte odată cu scăderea statutului profesional. Suicidul apare astfel mai frecvent în păturile populare, la muncitorii agricoli şi industriali şi mai rar, de exemplu, printre reprezentanţii clerului.

Statisticile au scopul principal de a informa asupra fenomenului suicidar. Ele nu sunt utile însă pentru a stabili motivele individuale ale sinuciderii. În acest scop, utile sunt documentele lăsate de sinucigaş: bilete, scrisori, jurnale etc. Ca mod de exprimare, suicidul reprezintă un limbaj ratat sau un scurt circuit în comunicare. Jack Douglas (1967) aprecia că *sinucigaşii utilizează mai multe modele de semnificaţii sociale* (pe care le-au construit fie în mod individual, fie în relaţie cu alţii), după cum urmează:

1. sinuciderea ca mijloc de transpunere a sufletului din lumea prezentă în altă lume. Sinucigaşii care folosesc această motivaţie doresc să moară ca să poată "trăi" veşnic, în lumea lui Dumnezeu;
2. suicidul ca mijloc de transmutare a identităţii reale a persoanei în lumea prezentă sau în altă lume. Sinucigaşul încercă să demonstreze că este altfel decât a fost perceput sau că plăteşte prin actul său greşelile făcute;
3. sinuciderea poate servi ca mijloc de dobândire a compătimirii celorlalţi, de atragere a sentimentelor de simpatie, compasiune şi milă şi pe care sinucigaşul le trăieşte faţă de propria lui persoană;
4. actul suicidar poate avea semnificaţia culpabilizării altora pentru autosuprimarea vieţii, suicidul servind ca mijloc de răzbunare;
5. sinuciderea poate servi ca mijloc distinct de evaziune din câmpul responsabilităţilor personale şi sociale. Această semnificaţie apare la persoanele măcinate de sentimentul inutilităţii şi dezgustului faţă de viaţă;
6. suicidul poate să urmeze unor fapte imorale sau penale (omucideri, fraude delapidări etc.), care aruncă asupra sinucigaşului blamul ruşinii şi vinovăţiei. Steckel apunea că nimeni nu se sinucide dacă nu a dorit moartea cuiva.

Acestor semnificaţii li se adaugă, în cazul persoanelor în vârstă cu boli somatice cronice, aceea a incompatibilităţii între existenţa persoanei sau suferinţa ei somatică şi şansele sale de vindecare.

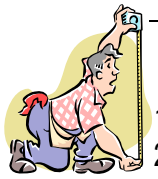
Procedeele de sinucidere sunt numeroase: cu arme de foc, medicamente, gaz metan, frânghia (în cazul spânzurării), accidente rutiere, comportamente "eroice" în timp de război etc. Dar, nu orice conduită suicidală dă naştere unui act ireversibil. Adesea tinerii (mai mult decât bătrânii) şi femeile (mai mult decât bărbaţii) doresc doar schimbarea vieţii lor sau a atitudinii celor din jur. În acest sens, A. Malraux afirma că "nu ne sinucidem decât ca să putem exista", sinucigaşul sperând, de regulă, măcar inconştient, la salvarea venită de la ceilalţi. De aceea, *semnificaţiile tentativei de sinucidere* (scria Ammar, citat de I. Cucu, 1983) pot fi parţial diferite de cele ale suprimării efective a vieţii:

1. tentativa de suicid are semnificaţie unui strigăt de ajutor;
2. tentativa de sinucidere are o semnificaţie catastrofică, de indicator al unei situaţii sociale şi/sau emoţionale insuportabile;
3. tentativa de suicid serveşte drept mijloc de şantaj a unei persoane, pentru a o culpabiliza;
4. semnificaţie unei conduite de evaziune, de fugă dintr-o situaţie;
5. semnificaţie unui act ordalic în cadrul căruia, în funcţie de judecata lui Dumnezeu, individul poate evolua fie spre viaţă fie spre moarte.

Trebuie să facem o distincţie clară între *semnificaţiile reale, atribuite de sinucigaş gestului propriu* şi *semnificaţiile atribuite actului de către ceilalţi* (impresiile intimilor şi cunoscuţilor, stereotipuri publicului, ca şi opiniile cercetătorilor fenomenului suicidar). Publicul operează cu o serie de stereotipuri eronate cu privire la sinucidere. Câteva dintre cele mai frecvente *idei şi credinţe false cu privire suicid,* extrase din opera unora dintre cei mai importanţi cercetători ai fenomenului suicidar, Jack P. Gibbs (1968), Edwin Shneidman (1985) şi Norman Farberow (1987), prezentate parale cu faptele reale, sunt următoarele:

FALS	CORECT
1. Suicidul survine brusc, fără nici un semn.	1. Indivizii cu tendinţe suicidare oferă numeroase semnale (80% dintre ei au discutat, într-o anumită măsură, intenţia lor cu cineva).
2. Cei ce vorbesc despre suicid, nu-şi iau viaţa.	2. Mulţi dintre cei care au vorbit de intenţia lor ajung să o pună în practică.
3. Cei care se sinucid îşi doresc efectiv să moară.	3. Cei care se sinucid au o diversitate de motive şi o stare ambivalentă faţă de actul la care au recurs.
4. Odată ce a exista o tentativă de suicid, ea va persista în timp.	4. Tendinţele suicidare persistă pe perioade limitate de timp.
5. Femeile se sinucid mai des decât bărbaţii deoarece sunt mai dependente.	5. Rata suicidului este, în general, mai ridicată la bărbaţi.
6. Sinuciderea este mai frecventă la tineri, datorită stresului mare şi nesiguranţei resimţite.	6. Persoanele în vârstă se sinucid cu o mai mare frecvenţă, comparativ cu tinerii.
7. Negrii se sinucid mai des decât albii.	7. Doar la grupa de vârstă a tinerilor afirmaţia este valabilă (în S.U.A.). Pe ansamblu, rata suicidului este mai mare la caucazieni.
8. Suicidul apare aproape exclusiv la cei foarte bogaţi sau foarte săraci.	8. Suicidul apare proporţional în toate categoriile economice ale societăţii.
9. Scriitorii şi artiştii prezintă cele mai ridicate rate ale sinuciderii deoarece sunt “destul de nebuni să facă acest lucru”.	9. Medicii şi ofiţerii de poliţie în S.U.A, iar în Europa, intelectualii (medicii, în mod deosebit) prezintă cele mai ridicate rate ale sinuciderii; ei au acces la mijloacele letale şi munca lor implică un nivel ridicat al frustrării.
10. Virtual, toţi indivizii care recurg la suicid sunt bolnavi psihic sau depresivi.	10. Există şi persoane normale din punct de vedere psihic care recurg la suicid (de exemplu, o persoană în vârstă care nu doreşte să devină o pavară pentru cei tineri). Nu toate persoanele care se sinucid sunt depresive.
11. Odată ce o persoană începe să-şi revină din depresie, riscul de suicid dispare.	11. Riscul suicidului este mai mare în stadiul iniţial al revenirii din depresia profundă.
12. Tendinţele suicidare sunt transmise ereditar sau moştenite din familie.	12. Nu există evidenţe clare ale rolului unor factori genetici.
13. Suicidul nu apare în culturile primitive.	13. Suicidul apare în aproape toate culturile şi societăţile.
14. Suicidul ritual este foarte frecvent în Japonia.	14. Suicidul ritual este rar în Japonia modernă; cea mai frecventă metodă este supradoza cu barbiturice.
15. Majoritatea oamenilor se sinucid iarna, care este anotimpul cel mai depresiv.	15. Cele mai multe sinucideri se înregistrează vara (în iunie şi iulie) datorită căldurii şi activităţii mai intense în perioada în care ziua este mai mare.

Datorită ambiguităţii actului suicidar, însăşi cercetătorii domeniului au întâmpinat dificultăţi în: deosebirea tentativei de suicid de suicidul nereuşit, stabilirea factorilor de predicţie ai sinuciderii şi în conceperea unei prevenţii eficiente.



A C T I V I T A T E

1. Care sunt principalii indici ai tentativei de suicid? Dar ai suicidului realizat?
2. Care sunt semnificaţiile atribuite de tentativei de suicid şi, respectiv, suicidului propriu-zis de către autorii acestor acte?
3. Care sunt principalele credinţe false ale publicului american cu privire la suicid?

6. Măsurile profilactice

În profilaxia suicidului, trebuie să se ţină seama pe de o parte, de cele două categorii ale comportamentului suicidar: tentativa şi suicidul realizat, de motivaţia (semnificaţia lor pentru subiect) şi de conţinutul diferit al stărilor de conştiinţă, iar pe de altă parte de conţinutul cauzelor determinante. De asemenea, în munca de prevenţie eficientă a suicidului de mare importanţă este identificarea indiciilor comportamentului suicidar, a factorilor săi predictivi. În funcţie de toate aceste elemente şi caracteristici, care pot fi evidenţiate în urma examenului complex al personalităţii, medicii şi psihologii ar putea lua măsurile adecvate prevenirii suicidului, asistenţei şi reabilitării personalităţii individului care recurge la sinucidere.

Oamenii trebuie să ştie că atunci când o persoană vorbeşte despre suicid, ea trebuie luată în serios. Afirmaţiile de tipul: “Nu mai vreau să trăiesc!” sau “Sunt o pacoste pentru toată lumea, aşa că, mai bine ar fi să termin cu toate!” trebuie considerate drept simptomatice.

Dissertori şi Piazza (apud I. Cucu, 1983) arată că lupta contra suicidului trebuie să cuprindă următoarele aspecte:

1. Terapia la timp a depresiei şi a tendinţelor de evadare în imaginar, concomitent cu ameliorarea condiţiilor de viaţă, economice şi profesionale ale subiecţilor;
2. Evitarea apologiei suicidului în mass-media (sau a prezentării excesive, adăugăm noi, a unor cazuri reale) sau în artă. Se ştie că, apariţia romanului lui Goethe “Suferinţele tânărului Werther” a condus la o “epidemie” de sinucideri la tineri şi adolescenţi.
3. Evitarea izolării sociale a unor categorii de indivizi şi a insuficienţei controlului primar;
4. Acţiunile politice şi legislative prin care să fie diminuată starea de anomie;
5. Lupta instituţionalizată împotriva suicidului, prin participarea unui număr mare de specialişti: medici, psihologi, psihiatrii, asistenţi sociali, pedagogi etc. Ea implică înfiinţarea unor servicii şi organizaţii pentru prevenirea suicidului, a serviciilor telefonice de discuţie, a clinicilor speciale şi conceperea unor companii publicitare şi a programelor speciale pentru prevenirea şi reducerea numărului tentativelor de suicid.

Persoanele care au avut o tentativă de sinucidere ar trebui să urmeze o formă de psihoterapie în mod obligatoriu, să fie luate în evidenţă şi supravegheate de o echipă de specialişti (formată din medici, psihologi şi asistenţi sociali). Prin urmare, activitatea profilactică depinde de interesul comunităţii faţă de actul deviant respectiv, dar şi de nivelul general al dezvoltării sale socio-economice.

III.5. PREVENŢIA ACTELOR DEVIANTE ŞI RESOCIALIZAREA DELINCVENŢILOR

Problema prevenirii devianţei, mai ales a celei infracţionale, face obiectul activităţii unui număr foarte de instituţii şi de specialişti. Unii dintre aceştia sunt preocupaţi prioritar de devierile de conduită ale şcolarilor sau de delincvenţa juvenilă, alţii de cea a tinerilor şi adulţilor, în timp ce unele echipe de specialişti sunt prioritar centrate asupra conduitei suicidare sau a dependenţei de droguri.

Din punct de vedere juridic, orice sistem penal urmăreşte sancţionarea şi pedepsirea indivizilor cu comportamente antisociale, pentru identificarea şi diminuarea surselor potenţiale de criminalitate, precum şi măsuri de profilaxie socială, culturală, educativă, pentru ca sancţiunea să permită recuperarea socială a transgresorilor legii penale. Conceptul de prevenire a căpătat, în acest context, *două accepţiuni*:

- ansamblul acţiunilor cu caracter psihosocial întreprinse în vederea identificării, explicării şi diminuării cauzelor şi condiţiilor generale şi speciale, precum şi a cauzelor sociale şi individuale, obiective şi subiective, care generează sau mediază manifestările delincvente în societate;
- efectul juridico-penal al sancţiunilor, pedepselor şi măsurilor prevăzute în legislaţia penală.

În funcţie de ***efectul prevederilor legilor penale şi al instituţiilor implicate***, prevenţia poate fi:

- *generală,* care presupune stabilirea faptelor ce sunt considerate infracţiuni, membrii societăţii fiind informaţi asupra sancţiunilor ce li se aplică în cazul nerespectării normei penale. Ea implică participarea tuturor instituţiilor cu rol de socializare şi control social;
- *specială,* când sancţiunile sunt aplicate direct persoanelor care au violat legea penală, de către agenţii controlului social, pentru a se preveni în viitor apariţia aceleiaşi conduite la delincvent sau la alţi potenţiali delincvenţi.

În funcţie de ***momentul desfăşurării activităţii de prevenire***, aceasta poate fi:

- *măsuri ante-delictum*, adoptate înainte de producerea infracţiunii, acesta fiind adevărata prevenţie eficientă. Ea acoperă o mare varietate de măsuri începând cu cele cultural-educative, moral-juridice efectuate de instanţele de socializare (familia sau şcoala) şi terminând cu cele tehnico-criminalistice pentru protejarea indivizilor;
- măsuri adoptate în timpul producerii delictului, numite *măsuri de intervenţie*, care sunt realizate de reprezentanţii instituţiilor specializate (poliţia, procuratura, justiţia etc.);
- *măsuri post-delictum*, adoptate după comiterea faptelor, îndeosebi de instanţele de judecată, prin sistemul sancţiunilor aplicate delincvenţilor.

Din punct de vedere psihologic şi psihopedagogic, conceptul de prevenţie este abordat într-o manieră asemănătoare. Astfel, prevenţia include un ansamblu de măsuri vizând cunoaşterea şi eliminarea factorilor care generează devierile sau tulburările de comportament, la nivel microsocial (familie şcoală, grup de prieteni etc.) şi macrosocial, acţiunile de educare şi reeducare a persoanelor deviante, de resocializare şi reabilitare în context familial şi comunitar a devianţilor, de intervenţie şi tratament la nivel grupal şi individual.

Deşi mulţi autori confundă termenul de prevenire cu cel de tratament sau de consiliere, deşi există încă neînţelegeri în legătură cu stabilirea precisă a graniţelor dintre nivelurile prevenţiei, strategiile prevenţiei eficiente sunt grupate pe trei niveluri distincte (Kevin Browne şi Martin Herbert, 1998):

1. ***Prevenţia primară sau schimbarea fundamentală***. Scopul prevenţiei primare este de a reduce incidenţa devianţei negative în societate şi de a preveni problemele înainte ca ele să se manifeste.

În mod obişnuit, aceste intervenţii operează la nivel societal prin: campanii publice (inclusiv cele publicitare), grupuri de specialişti şi procesele sociale, legale şi educaţionale prin care se încearcă promovarea unei conduite socialmente adaptate, interiorizarea normelor şi valorilor sociale, a interacţiunilor sociale adecvate, morale.

R.J. Gelles (1993) sugera, de exemplu, următoarele acţiuni de prevenire primară a violenţei penale domestice:

- Eliminarea normelor, care legitimează şi chiar glorifică violenţa în societate şi familie, precum şi folosirea violenţei ca formă de destindere, în mass-media;
- Reducerea stresului societal, provocator de violenţă, cum este stresul generat de sărăcie, inegalitatea şanselor şi discriminare;
- Încadrarea familiilor într-o reţea de comunitară şi reducerea izolării sociale;
- Schimbarea caracterului sexist al societăţii prin dezvoltarea educaţională;
- Spargerea ciclului violenţei în familie prin învăţarea unor conduite alternative la violenţă, ca modalităţi de control a relaţiei cu partenerul sau copilul.

Aceste propuneri pledează pentru schimbări fundamentale în viaţa familială şi în societate ca întreg. Se afirmă frecvent că ele nu sunt realiste. Totuşi, propunerile de acest tip sunt soluţii pe termen lung care necesită schimbări în alocarea resurselor şi în organizarea fiecărei societăţi.

2. ***Prevenţia secundară sau predicţia, identificarea şi ameliorarea*** (demers orientat asupra analizei factorilor de risc şi a eliminării lor). Cercetările juridice, criminologice, sociologice şi psihopedagogice au în vedere matrisarea fenomenului (raportarea lui la cadre conceptuale cunoscute), utilizarea statisticilor pentru descifrarea corelaţiilor existente între manifestările delincvenţiale şi diferiţi factori biologici, psihologici, sociali, culturali sau economici, predicţia comportamentelor antisociale, investigarea personalităţii delincvenţilor etc. Activitatea de anticipare a comportamentelor antisociale rămâne o problemă complexă şi dificilă, iar factorii de personalitate, cei relaţionali şi educativi trebuiesc interpretaţi cu precauţie, deoarece un factor predictiv nu este în mod necesar şi un factor potenţial.

Există numeroase încercări de predicţie a factorilor delincvenţei juvenile, strâns îngemănaţi cu cei ai eşecului şcolar (de exemplu, tabelele predicţiei delincvenţei juvenile, propuse de Sheldon şi Eleanor Gluek).

Halhawaz, Monachesi şi Kwaraceus au pornit în realizarea predicţiei comportamentului antisocial de la analiza retrospectivă a unor cariere infracţionale (apud N. Mitrofan şi colaboratorii, 1992). W. Kwaraceus consideră că indicatorii delincvenţei sunt: lipsurile frecvente de la şcoală, atitudinea indiferentă sau ostilă faţă de autorităţile şcolare şi reprezentanţii ordinii, reacţii violente şi disproporţionate faţă de situaţii, colegi, tendinţa de a se asocia cu elemente depravate, utilizarea frecventă a unui limbaj violent şi obscen, preocupări sexuale precoce, consumarea de literatură pornografică, vizionarea frecventă a filmelor cu conţinut necorespunzător, minciuni şi furturi frecvente. Evident forturile realizate în această direcţie sunt mult mai numeroase.

Investigarea ca bază a prevenţiei secundare, este realizată de diferite categorii de specialişti. Ea vizează reducerea numărului actelor de violare a normelor şi valorilor sociale, prin diminuarea factorilor de risc detectaţi de timpuriu şi prin intervenţia imediată şi eficientă. Personalul didactic, dar şi părinţii sau agenţii controlului social sunt cei care trebuie să aibă sau să îşi formeze competenţele necesare pentru a putea identifica atât factorii de risc ai eşecului şcolar, cât şi cei ai delincvenţei juvenile. Agenţiile de asistenţă socială trebuie să identifice familiile cu probleme în funcţie de acele

caracteristici (factori de risc) care sunt asociate cu riscul crescut al violenţei. Poliţia trebuie să intervină pentru identificarea infractorilor, dar mai ales a situaţiilor cu risc infracţional crescut şi să acţioneze în vederea ameliorării lor (în anumite cartiere, profesii, în zona frontierei de stat etc.). Acest proces solicită numeroase resurse din partea fiecărei comunităţi locale: construirea unor metode de detectare a factorilor de risc, formarea personalului specializat care să opereze cu aceste metode, dezvoltarea unor strategii de intervenţie care să vizeze ameliorarea rezultatelor indezirabile.

3. ***Prevenţia terţiară sau managementul, tratamentul şi controlul problemei***. La acest al treilea nivel al prevenţiei, se are în vedere intervenţia în situaţiile în care devianţa negativă a început să se manifeste, fiind deja identificată. De aceea, prevenţia terţiară are drept scop reducerea riscului repetării devianţei de conduită la şcolari, a recidivei infracţionale, a repetării violenţei în familie, a continuării consumului de droguri etc., a impactului lor negativ la nivel social. Stabilirea semnalelor negative care au apărut deja justifică aplicarea sancţiunilor penale, recomandarea pentru activităţile educative, de resocializare prin terapie individuală şi de grup.

Corectarea conduitei unei persoane care deviază de la o normă socio-culturală echivalează cu anularea influenţei unui factor negativ asupra indivizilor şi cu sporirea posibilităţilor de prevenire a apariţiei unor noi cazuri deviante. Prin urmare, acţiunile de tratare şi corectare ar putea fi numite modalităţi curativo-profilactice. Acest tip de prevenţie nu poate fi conceput fără sprijinul psihologului specialist. Nivelul terţiar al prevenţiei este însă relativ tardiv întrucât, actul antisocial s-a produs şi a generat deja consecinţele sale nefaste sau fatale.

Activitatea psihologului, pe parcursul acestor trei niveluri, poate consta în munca de cercetare ştiinţifică (evidenţierea factorilor de risc ai diferitelor comportamente deviante), metodologică (întocmirea unor scale de atitudini, a unor teste sau baterii de teste care permită o investigare mai eficace a fenomenului), pedagogică (instrucţia psihopedagogică a diferitelor categorii de educatori), intervenţia psihologică individuală şi/sau de grup. Prin urmare, activitatea terapeutică reprezintă doar o parte din ansamblul activităţii întreprinse de psiholog, tot aşa cum, tratamentul reprezintă doar o parte din ansamblul măsurilor de prevenţie (acesta nefiind apanajul exclusiv al muncii psihologului).

Din punct de vedere psihopedagogic, devierile penale ale conduitei I. Străchinaru (1969) necesită realizarea distincţiei dintre educarea şi reeducarea comportamentului deviant. *Educarea* urmăreşte restructurarea personalităţii morbide constituţional, activitate dificilă ce se întreprinde în condiţiile unui tratament medical şi psihopedagogic complex aplicat, de regulă, pe o perioadă mare de timp. *Reeducarea* se referă la acei indivizii ale căror devieri sau manifestări caracteriale reprezintă deprinderi formate în cursul vieţii, care nu au la bază un fond constituţional, dar care pot avea, uneori, un substrat organic dobândit. Faptul că majoritatea infractorilor cu devieri de conduită fac parte din categoria neconstituţionalilor, a celor cu etiologie sociogenă, indică aria mai extinsă a cazurilor ce necesită a acţiuni de reeducare.

În diversele sisteme penale şi sociale de sancţionare, noţiunea de *tratament* aplicat delincvenţilor – scrie William Rentzmann (1991) - este utilizată în două accepţiuni. În sens restrâns, noţiunea de tratament se referă la măsurile sau sancţiunile individuale şi terapeutice care sunt folosite pentru a-i determina pe deţinuţi să îşi schimbe modul de viaţă şi să-i îndepărteze de activităţile lor criminale. În sens larg, noţiunea de tratament trebuie să includă o serie de măsuri şi soluţii care să asigure deţinutului pregătirea şcolară şi profesională, activităţi şi exerciţii fizice şi sportive, vizite, corespondenţă, lectură, acces la mijloacele de informare în masă, asistenţă psihologică şi medicală de specialitate. Indiferent de accepţiunea acordată noţiunii, tratamentul trebuie subordonat unor finalităţi

care urmăresc: cultivarea la delincvenţi a obiceiului de a învăţa şi de a trăi din muncă, de unde şi preocuparea ca în timpul detenţiei aceştia să-şi poată continua pregătirea şcolară şi profesională; educarea şi reeducarea deţinuţilor pentru o viaţă nouă, după terminarea pedepsei cu închisoarea, în vederea reinserţiei lor normale post-penale; acordarea de asistenţă socială, psihologică, medicală şi juridică de specialitate în scopul rezolvării problemelor personale ale deţinuţilor.

Problematica prevenirii fenomenului infracţional s-a concretizat în numeroase programe, mai mult sau puţin transpuse în practică. Unul dintre acestea este "Proiectul zonei Chicago" (*Chicago Area Project*), inspirat din teoria Şcolii de la Chicago. Reprezentanţii acestei şcoli apreciau că, rata criminalităţii poate să scadă ca efect al ameliorării mediului social, fapt care presupune atât îmbunătăţiri de ordin social, economic şi cultural, cât şi schimbări de tip atitudinal şi implicarea cetăţenilor la eradicarea fenomenului criminal. În aplicarea practică a proiectului au fost înfiinţate o serie de asociaţii antiinfracţionale, în scopul creării unui climat ostil oricărei activităţi criminale. În aceste asociaţii au fost atraşi şi indivizii aflaţi în perioada de probaţiune, de suspendare a executării pedepsei sau de eliberare condiţionată. Deşi a fost criticat, modelul a fost aplicat pe o perioadă lungă de timp şi a condus la diminuarea sensibilă a delincvenţei (Gh. Nistoreanu şi G. Păun, 1995, p. 226).

Actualmente, politica penală urmează *modelul curativ*, pornind de la ideea că prevenirea şi tratamentul delincventului trebuie să aibă prioritate faţă de represiune (pedeapsă). Elementele care conturează acest model sunt:

1. Individualizarea, care presupune examenul atent al personalităţii infractorului, diagnosticarea ei şi elaborarea unui tratament adecvat în scopul resocializării. Este vorba de individualizarea judiciară a pedepsei pe baza examenului personalităţii şi de individualizarea penitenciară, cu aceeaşi finalitate.
2. Elaborarea tratamentului individual de resocializare, în scopul diminuării tendinţelor antisociale, a dezvoltării unor aptitudini profesionale şi modificării motivaţiei şi atitudinilor condamnaţilor.
3. Executarea sancţiunii cu închisoarea în semilibertate, în care infractorul nu-şi petrece decât sfârşitul de săptămână şi concediul în penitenciar. Scopul vădit al acestei modalităţi de sancţionare non-represivă este tocmai facilitarea resocializării.
4. Reforma sistemului penitenciar în sensul umanizării condiţiilor de detenţie în mediul închis şi realizarea tratamentului adecvat de resocializare. Un principiu esenţial al procesului de resocializare îl constituie *normalizarea*, care presupune apropierea, pe cât posibil, a condiţiilor vieţii din penitenciar cu cele ale lumii exterioare acestuia. Ca regulă generală, normalizarea stabileşte că organizarea şi metodele de lucru în interiorul închisorilor vor fi cât mai asemănătoare cu cele prestării aceluiaşi gen de muncă în cadrul comunităţii. Ea are la bază două deziderate: deschiderea (stabilimente deschise sau semideschise) şi responsabilizarea deţinuţilor (prin implicarea lor în diferite activităţi sociale şi comunitare).

TEME DE EVALUARE

1. Sistematizaţi tipurile prevenţiei din perspectiva juridică, psihologică şi psihopedagogică.
2. Analizaţi conţinutul celor trei niveluri ale prevenţiei în cazul delincvenţei juvenile. Subliniaţi rolul psihologului şi pedagogului în cadrul acestora.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

- Banciu, D., 1999, *Control şi sancţiuni sociale (Concepte, teorii şi orientări juris-sociologice)*, Bucureşti, Editura Victor
- Bartollas, C., *Juvenile Delinquency*, Boston, London, Toronto: Allyn and Bacon
- Cioclei, V., 1998, *Manual de criminologie*, Bucureşti: All Beck
- Cucu, C.I., 1983, *Psihiatrie socială*, partea a II-a, Bucureşti: Editura Litera
- Cusson, M., 1997, "Devianţa", în R. Boudon (coord.) *Tratat de sociologie*, Bucureşti: Humanitas
- Dragomirescu, V.T., 1976, *Psihosociologia comportamentului deviant*, Bucureşti: Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică
- Enăchescu, C-tin, 2002, *Tratat de psihologie morală*, Bucureşti: Editura tehnică
- Gibbs, J.D., 1968, *Suicide*, New York: Harper and Row
- Minois, G., 2002, *Istoria sinuciderii. Societatea occidentală în faţa morţii voluntare*, Bucureşti: Humanitas
- Mitrofan, N., Zdrenghea, V., Butoi, T., 1992, *Psihologie judiciară*, Bucureşti: Casa de Editură şi Presă "Şansa" S.R.L.
- Lefton L.A., 1991, *Psychology*, Boston, London, Torono: Allyn and Bacon
- Neamţu, C., 2003, Devianţă şcolară. Ghid de intervenţie în cazul problemelor de comportament ale elevilor, Iaşi: Polirom.
- Nistoreanu, Gh, Păun, C., 1995, *Criminologie*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică
- Ogien, A., 2002, *Sociologia devianţei*, Iaşi: Polirom
- Petcu, M., 1992, *Delincvenţa –Repere psiho-sociale*, Cluj-Napoca: Editura Dacia
- Pirozynski, T., Chiriţă, V., Boişteanu, P., 1991, *Manual de Psihiatrie*, Iaşi: Institutul de Medicină şi Farmacie
- Rădulescu, S.M,. Piticariu, M., 1989, *Devianţă comportamentală şi boală psihică*, Bucureşti: Editura Academiei R.S.R.
- Rădulescu, S.M., Banciu, D., 1990, *Introducere în sociologia delincvenţei juvenile (Adolescenţa între normalitate şi devianţă)*, Bucureşti: Editura Medicală
- Rădulescu, S.M., 1991, *Anomie, devianţă şi patologie socială*, Bucureşti: Editura Hyperion
- Rădulescu, S.M., 1998, *Sociologia devianţei*, Bucureşti: Editura Victor
- Rădulescu, S.M., 1999, *Devianţă, criminalitate şi patologie socială*, Bucureşti: Luminalex
- Scripcaru, Gh., Pirozynski, T., 1995, *Criminologie clinică şi relaţională*, Iaşi: Synposion
- Shneidman, E.S., 1985, *Definition of the Suicide*, New York: Wiley and Sons
- Shneidman, E.S., Farberow, N.L., 1970, "The logic of suicide", în E.S. Scneidman, N.L. Farberow şi R.E. Litman (eds.), *The psychology of suicide,* New York: Science house, 1970
- Străchinaru, I., 1969, *Devierile de conduită la copii*, Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică